



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)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		NADJA KELLY DOS SANTOS (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57758 651	17/07/2020 15:24	2735078_CONTESTACAO_Anexo_03	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



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





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 / Outros 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/BIBLIOTECAWEB/DOCCORIGINAL.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 EUGENIO DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 022.543.534-83 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

NATALLA DEBORA DOS SANTOS SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 080.501.834-65

do sinistro de DPVAT cobertura IPU/LIDER da vítima NATALLA DEBORA DOS SANTOS SILVA

inscrito (a) no CPF sob o nº 080.501.834-65 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

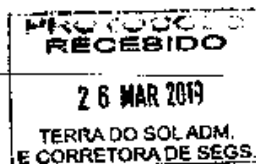
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço: <u>RUA CARMELINO SOUZA C. DA SILVA</u>	Número: <u>47</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>ARBOREDA</u>	Cidade: <u>PARANÁ</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59019-120</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: PARANÁ PR 25/03/19

Tácio Eugênio da Silva

Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017



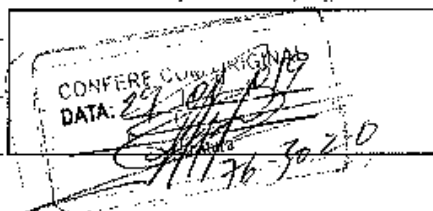


Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

2

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA		6- NUMERO DO PRONTUÁRIO 163493	
7- CARTÃO NACIONAL SUS 898 0058 9896 6635	8- DATA DE NASCIMENTO 28/11/1994	9- SEXO FEMININO	10- RAÇA/COR 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, Nº) 1, PERITO JOSE LOURENÇO, 20			
16- MUNICÍPIO NATAL	17- BAIRRO LAGOA NOVA	18- UF RN	19- CEP 59054650
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente com profusa febre há 14 dias</i>			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>urgência</i>			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Febre</i>			
24- CID 10 PRINCIPAL <i>B57.1</i>	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
Procedimento Solicitado			
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>tratamento</i>		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>81218</i>	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>81218</i>
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34- DATA DA SOLICITAÇÃO	
35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
36- () AC. TRÂNSITO	38- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BILHETE	41- SÉRIE
37- () AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
38- () AC. TRABALHO TRAJETO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
Autorização			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47- COD. ORGAO EMISSOR	
48- DOCUMENTO () CNS () CPF		49- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO		51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA
ORTOPEDIAREGULAÇÃO
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		
DOMERINA DOS SANTOS SILVA	NAO DECLARADO	
RESPONSÁVEL	TELEFONE	
DOMERINA DOS SANTOS SILVA	987133877	
ENDEREÇO		
O MESMO		
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO		
DIAGNOSTICO DEFINITIVO		

DATA DE ADMISSÃO

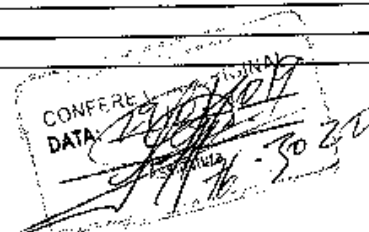
08-12-18

ALTA

13-12-18

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA





TEL: 48713
3672

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

ORTOP

Nome: DOMINGINA 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) Ferimento com fragmento

ferimento E. no 14 dia

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

CONFERE ORIGINAL
DATA: 28/12/2018

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura fêmur E





Hospital

Nome do paciente

NATALIA DEBORA DOS S. SILVA

Nº prontuário

Data operação

11.12.18

Enf.

Leito

Operador

CARLOS MAGNO

1º auxiliar

RICARDO ALEXANDRE

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 - víceras

PACIENTE SOB ANESTESIA, ASSERSIA
CAMPOS, INCISÃO LATERAL, DISSECAÇÃO, LIMAPE-
ZA DOS FRAGMENTOS, REDUÇÃO, PLACA DE
COM 10 TUBOS DE PARAFUSOS CORTICAN, SE-
TORNADO POR PLAVOS, CURATIVO

Dr. Carlos Magno P. de Carmo
Ortopedia - Traumatologia
R. Paranaíba, 1100 - Fone: 3333-1111
CEP: 75000-000

1) CIRURGIAS MÚLTIPLAS
(0415010012)
1) POLITRAUMATIZADO
(0415030013)
1) PROC. CLÍNICO
(X) PROC. CIRÚRGICO
0408050379
1) CBO. 225225
(X) CBO. 225270
1) DIAS
1) CID S723

CONFES. ORIGINAL
DATA: 21/01/2019
17-0



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário																																																																																																																																																																		
Nome				Idade	Sexo	Cor																																																																																																																																																																		
Data				Pressão arterial	Pulso	Respiração																																																																																																																																																																		
Tipo sanguíneo				Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia																																																																																																																																																																		
Ap. respiratório				Asma	Bronquite																																																																																																																																																																			
Ap. circulatório				Eletrcardiograma																																																																																																																																																																				
Ap. digestivo				Dentes	Pescoço	Ap. urinário																																																																																																																																																																		
Estado mental				Ataracicos	Corticoides	Hipotensores																																																																																																																																																																		
Diagnóstico pré-operatório				Estado físico		Risco																																																																																																																																																																		
Anestesias anteriores																																																																																																																																																																								
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito																																																																																																																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Agentes Anestésicos</th> <th>Líquidos</th> <th>Oper</th> <th>Anest.</th> <th>O Resp.</th> <th>P Pulso</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>260</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>250</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>240</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>230</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>220</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>210</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>190</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>180</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>170</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>160</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>150</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>140</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>130</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							Agentes Anestésicos	Líquidos	Oper	Anest.	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					
Agentes Anestésicos	Líquidos	Oper	Anest.	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																																																																																																																																																																								
<p>SÍMBOLOS</p> <p>E</p> <p>ANOTAÇÕES</p> <p>POSICÃO</p> <p>Agentes</p> <p>Técnica</p> <p>Operação</p> <p>Cirurgiões</p> <p>Anestesiistas</p> <p>Observações</p>																																																																																																																																																																								
<p>midazolam - 10mg</p> <p>Fentanyl - 5mcg</p> <p>Neocaina P - 0.1mg</p> <p>Dimox 0.2mg/ml - 0.1mg</p> <p>Clonidina - 0.1mg</p> <p>Dexamet - 0.1mg</p> <p>Cefazolina - 0.2g</p> <p>Ondanset. - 0.8mg</p> <p>Tenoxicam - 40mg</p> <p>Perda sanguínea</p>																																																																																																																																																																								

Larissa Tomasi
Anestesiologia
CRM RN 8270
007701994-61



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 HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Ortopedia</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
<i>Rogério Santos</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 1255 SBOT 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

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	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	100/90	—	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 moto+carro, uso de capacete, nãg. perde a consciência. Possível lesão de cabeça, lesão, possível fratura membro inferior. AE, AP, ABG, NDI.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Via aérea permeável, sem ceratose
B Sem O2 suplementar
C Hemodinamicamente 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

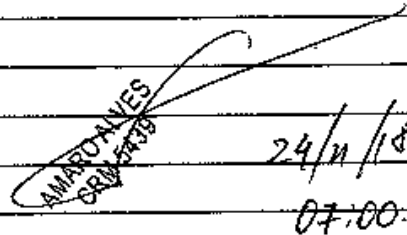
Nome: Natalia Debora do Santos Reg. Nº _____
Diagnóstico pré-operatório: Fratura de diáfise do fêmur
Indicação terapêutica: Tratamento Cirúrgico Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: _____ Início: _____ Término: _____ Duração: _____
Operador: Amácio Alves CRM/CRO: _____
1º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
Instrumentador: _____
Anestesista: _____ CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

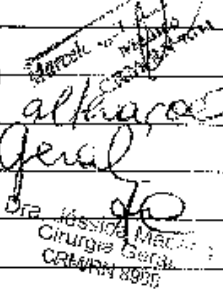
Paciente em DASH sob antero
abdução de M.D
atropia + antiofio + comp
instalação de Tratamento Cirúrgico T. bial-
Cavidade


AMACIO ALVES
CRM 54339
24/11/18
07:00

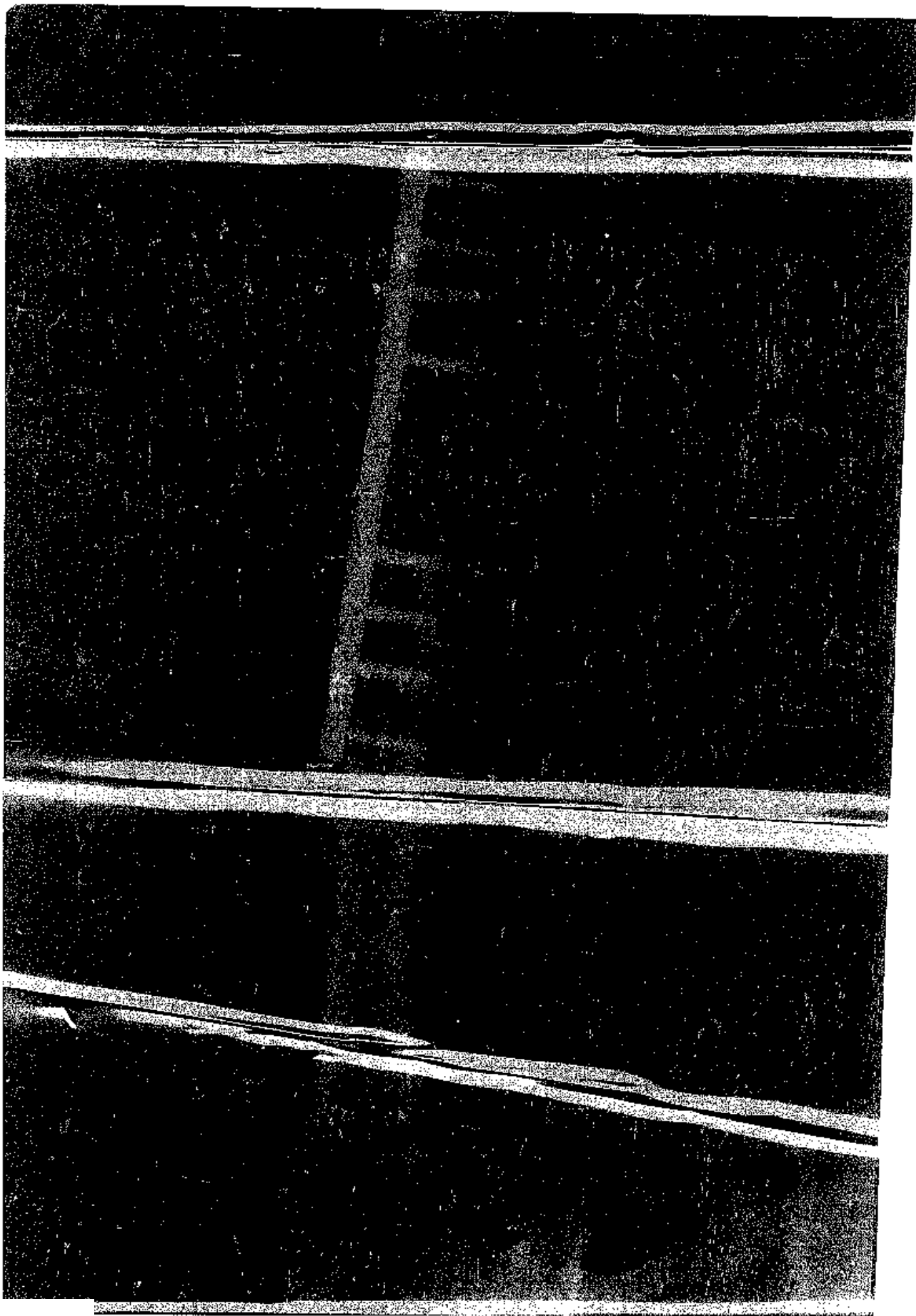
Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

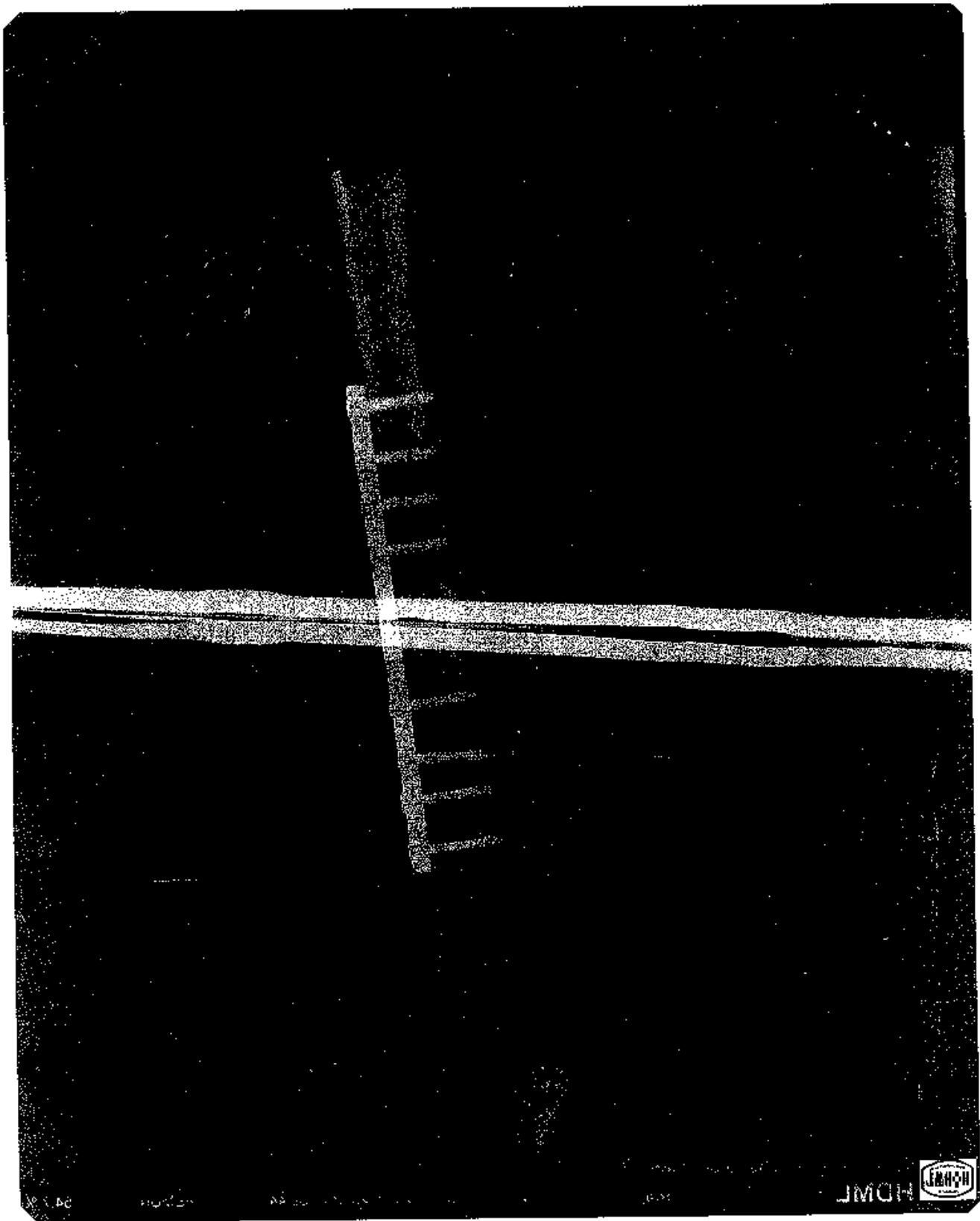
Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?



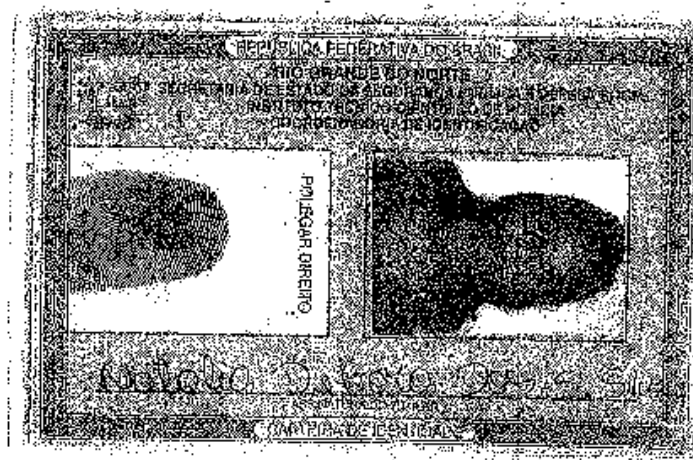
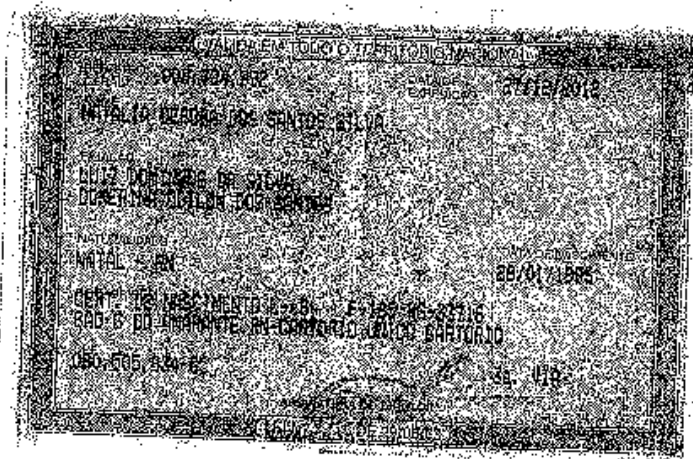
EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)		
A		
B		
C		
D		
E		
A(ALERGIAS) <u>Não</u>		
M(MEDICAÇÃO EM USO) <u>Não</u>		
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) <u>Não</u>		
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)		
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)		
V (PASSADO VACINAL) <u>Desconhecido</u>		
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)		LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
Radiografia coxa, Joelho e perna @ PA e Perfil, Radiografia Torax AP.		
CONDUTA PRIMARIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS		OUTROS
Rx de Torax 1/alturas Alta da C. Geral		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
		
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1 <u>Ortopedia</u>	HORA: <u>02:15</u>	DATA: <u>29/11/18</u>
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:
DESTINO DO PACIENTE:		
TERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA / /	HORA
<input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> REVELIA <input type="checkbox"/> TRANSFERIDO PARA:		







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.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/11/2018

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





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

00070280



Carta nº 14116927





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, 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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

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

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

☒ CONTA POLIPANÇA (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

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 o dano, 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. 39, §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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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:

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 eu designar e proverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de indenização e, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
dígito da
vítima ou
beneficiário
não afibricado

Local e Data:

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

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

CDE RM Y001/2018



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 - POUANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: ~~XXXXXX~~

TELEFONE DEPOSITANTE: 84 98886-3535

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 Tráfego
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.





BOAT 101011

Local: Av. Leno Leão Bairro: Alcorins
 Cidade/UF: Natal P. Ref.: Secretaria de Saúde
 Data: 24/01/2008 Hora do acidente: 01:20 Hora do registro: 01:53 Dia da semana: SABADO

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Arrepelamento
☐ - Colisão Posterior ☒ - Colisão Transversal ☐ - Chocou ☐ - Outro(s)

Placa ou Chassi: OWE 7985 Cidade: NATAL UF: RN
 Marca/Modelo: FIAT Siena Terna Fuel Cor: BRANCO Ano: 2014 | 2015
 Proprietário: KILDARY TOMAZ DA CRUZ SILVA Nº de Ocupantes: 02
 Condutor: KILDARY TOMAZ DA CRUZ SILVA Data de Nascimento: 02/03/1970
 Endereço: Rua Manoel de Aguiar, 1000 Nº: 62 Fone: 988553056
 Bairro: SAZ GUARU Cidade: SAZ GUARU UF: RN
 CEP Nº: 022-976-564-61 CNH Nº: 00508029302 Validade: 28/03/2019 Categoria: 4C
 Local de Trabalho: TAXISTA Função: _____
 Estado: _____ Nº: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
 Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
 Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
 Condutor MARIN M. KAELEY DE OLIVEIRA BARBOSA Data de Nas. 22/10/1995
 Endereço Rua GILLES ROSE VILELA Nº 10 Fone 987133872
 Bairro BOCA DO LEO Cidade MARABÁ UF _____
 CPF Nº 204.493.369-50 CNH Nº 07062046977 Validade 28/05/2014 Categoria AR
 Local do Trabalho _____ Poste _____
 End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

2-5 MAR 2019

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

UF

And.

Nº de Ocupantes

Data de Nascimento

Nº

Poss.

UF

Cidade

Validade

Categoria

Fonte

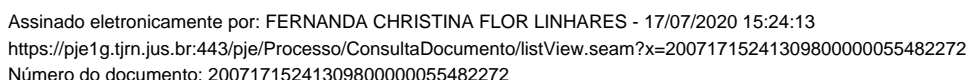
Nº

Bairro

Cidade

Placa ou Chassi	Cidade	UF	
Marca/Modelo	Cor	Ano	
Proprietário		Nº de Carteira	
Condutor		Data de Nascimento	
Endereço	Nº	Fone	
Bairro	Cidade		UF
CPF Nº	CNH Nº	Validade	Categoria
Local de Trabalho		Fone	
	Bairro	Cidade	

Autenticação Nº do Boletim: 101011 Nº da Ocorrência: 284093 Data Registro: 29/11/2018 Hora Registro: 09:07:57 Número/Controle: 05515776C800C156



7. VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? AV. ROQUE ESTEVAM

Em que sentido? À ESQUERDA

Em que faixa? PLATAÇA

Versão do condutor: ALECON QUE TRANSITAVA NORMALMENTE AO SE APROXIMAR DO CRUZAMENTO PERCEBEU QUE O SINAL ESTAVA VERDE, BASTANTE VERDE, MAS NÃO BASTANTE SENTINDO AVANÇOU O SINAL VERMELHO E COLIDIU COM V2 QUE JÁ Havia Tido uma colisão anterior, mesmo assim não foi possível evitar o impacto com V2.

Assinatura do Condutor do V1: [Assinatura]

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4

Autenticação N° do Boletim: 101011 N° da Ocorrência: 284893 Data Registro: 29/11/2018 Hora Registro: 09:07:57 Número/Controle: 85515F76C800C156



[illegible]

Assessment

Hörse

[illegible]

Appendix

Flora

[illegible]

အိတ်စီဂျက်ပုံစံ

Flora

14. ☐ Titular expediente de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Hora
Passagem de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Condição para ☐ Leveza/pela ☐ Pneu ☐ Pneu/roto

Nome _____
RG Nº _____
Endereço _____
Bairro _____
Pessoa _____

Órgão Expedidor _____
Data de Nascimento _____
Nº _____
Cidade _____
UF _____

Signature:

Þingskipti.

13 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO _____ Hora _____

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____

Endereço _____

Assinatura _____ Cidade _____ Nº _____

_____ Fone _____

IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NAO AUTUACAO ☐ SIM ☐ NAO SIM ☐ COD/DISP

17- OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

INFORMANDO QUE AS CONDIÇÕES DE U2 TERÃO PORÉM CONSIDERADO
NADA O CLOUT. CAMINO COM SUSPEITA DE INTELIGÊNCIA MAS NENHUM O JAGUAR
ESTACIONAR PELA BORDA.

PARA REALIZAR EXAMES GENITAIS E PERMANECER EM OBSERVAÇÃO.

ARTIGO 165 ^{INFORMAÇÃO} TAMBIÉM QUE A CONDUCÇÃO DE VZ DO AUTOMÓVEL

INFORMANTE QUE NAO FOI POSSIVEL COLHER INFORMACAO, SEM ESTAR MUITO
SUSCITADO DE PAZAI, MAS FOI ORIENTADO FAMILIARES ASSIM QUE POSSIVEL
PROPUGAR O SETOR.

Nome Completo do Agente: LEONARDO ALBERTO DA SILVA
 POSTO/GRAD: 2º SGT PATR: 97033 Vistoria: DAC 106 Subord: 1º DPIC
 Local: Data: NATAL 24 de NOVEMBRO de 2024

Autenticação Nº do Boletim: 101311 Nº de Ocorrência: 284893 Data Registro: 29/11/2018 Hora Registro: 09:57 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: 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: RUA ALTO DA BERNARDETTA Número: 134 Complemento: _____
Bairro: NONDESTE Cidade: NATAL Estado: RN CEP: 59042-250
E-mail: _____ (84) 98883.1857

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

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

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

☒ CONTA POUANÇA (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: 91542 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 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 preencherem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de indenizar, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

RECEBIDO
26 MAR 2019
TERMO DE SOL. ADM.
E CORR. DE SEGS.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatória

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)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

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 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.

FPS.001 V001/2018




 <p>PREFEITURA DO NATAL Cidade do Sol</p>	<p>PREFEITURA DO NATAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU 192 NATAL</p>	 <p>SAMU 192</p>
---	---	--

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



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 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: COLISÃO 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

Conduzida 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 WOLFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE -

H. ligação ao serv prop.:

01:49

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:

