

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICARLA SOARES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02131-8

CONTA: 000000009248-7

Nr. Autenticação

BRADESCO1712201905000000000023702131000000009248253125 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659372 **Cidade:** Currais Novos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICARLA SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 24/07/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fraturas cominutivas na coluna vertebral torácica

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta, dor aos movimentos articulares e aos esforços físicos da coluna . Com limitação severa dos Movimentos de flexo extensão da coluna dorsal

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, artrodese na coluna vertebral torácica com haster e parafusos em vértebras torácicas 9,10,12 e lombar 1. Laminectomia de torácica 1 e lombar 1. Evoluiu sem intercorrências Encontrase de alta definitiva.

Sequelas permanentes: Limitação funcional da coluna torácica

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURRAIS NOVOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CURRAIS NOVOS/RN

98

Boletim de Atendimento de Urgência Nº 38.044

Data de Entrada: 24/07/2019	Hora de Entrada: 04:50
Nome: Mariana Soares da Silva	Data de Nasc.: 11/06/1995 Id: 24A
Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	Estado Civil: Tel.: (84) 99995-9918
Endereço: R. Veriadora Brigida Rodrigues 133	Cidade: São Vicente
Bairro: Centro	SUS: 704 2052 6979 3984
UBS:	

Anamnese:

Sinais Vitais:	PA: x mmHg	T: °C	FC: bpm	Pulso:
	Sat. O ₂ %	HGT:		

Alergia a Medicamentos:

Comorbidades:	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> IC	<input type="checkbox"/> IRC
Outros:				
Classificação de Risco:	<input type="checkbox"/> Vermelha	<input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Azul

Exame Clínico:

Diagnóstico Clínico:

Conduta:

Dr. Franco Márcio
MÉDICO
CRM-RN - 8483

Médico - Carimbo

Destino do Paciente:

☐ Internação ☐ Alta ☐ Óbito

☐ Referenciado para:

Retirou-se: ☐ A pedido ☐ À revelia



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 37678 /2019

Admissão: 24/07/2019 23:32:36

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 136363 - MICARLA SOARES DA SILVA (24 a 1 m 13 d)
Nascimento: 11/06/1995 Natural: FLORANIA BRASIL Sexo: F Cor: PARDA
CNS: 704205269793984 CPF: 10286097443 Prof:
Mãe: MARIA FREITAS DA SILVA Pai: FRANCISCA SOARES VERAS
Logradouro: VEREADOR BRITO BRIGIDAS RODRIGUES, 133
CEP: 59340000 Bairro: SAO VICENTE Cidade: SAO VICENTE
Telefone: 84 99959918 Compl:

Motivo: CARRO CAPOTAMENTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: REG. DRA JESSICA

Classificação: 24/07/2019 23:26:31

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTORIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: DOR TORACICA APOS CAPOTAMENTO

Hora: 23:30 Capotamento do 3º e 4º da manobra do box, em passageiros do 2º e 3º. Sem lesão. Foi encaminhada do veículo e não houve lesão do occipital. Queixa de dor torácica, dor de cabeça e lombalgia. Nega trauma abdominal - plúrio.

Realizada no local, manobra de 1º e 2º. Nega trauma abdominal - plúrio. Foi encaminhada para o hospital de origem. Trauma de encaminhamento para o hospital de origem.

EXAME FISICO (PRIMARIO)

A 100% em consciência

B Tônus estável, dor no 3º e 4º da manobra de 1º e 2º. Nega trauma abdominal - plúrio.

C Tônus estável, dor no 3º e 4º da manobra de 1º e 2º. Nega trauma abdominal - plúrio.

D 15

E Exame físico estável em 1º e 2º.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Medula plúrio e medula
líquida estável

IMAGILOGRAFIA/HMWG

Data: 25/07/19 Hora: 01/09

Técnico: Juceli

Exame: Tórax e Abdome

Médico: Flávio

DIAGNOSTICO INICIAL - CID

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS) NegativaM(MEDICAÇÃO EM USO) Ac. H2OP(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) Negativa

L(LÍQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V(PASSADO VACINAL) VAT - 1 dose

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ElasTramadolil 50mg VO contínuo 40.41 EVDiluvir 02 amp + 150 EVEm 2020, TC sem evidência de lesãoOs 2 testes foram na presença de(tração do braço de Currais Novos) Amareloapareceu x de estômulo

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

NOLHORA: 20:50DATA: 24.09.19

ESPECIALISTA 2

OrtopediaHORA: 23:50DATA: 24.09.19

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

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

ÓBITO: DATA / / HORA

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



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84) 3133-4200 / Fax: (84) 3102-1228
hmemorial@vetoxmail.com.br



EVOLUÇÃO ASSISTENTE SOCIAL

Dados do Paciente

Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA**

Nascimento: **11/06/1995 24 anos**

Acompanhante:

Registro: **137929** Num. Internação: **1**

Data Internação: **29/07/2019 20:34:24**

Parentesco:

Endereço para Correspondência:

Endereço:

Cidade: **São Vicente**

Bairro:

Ocorrência:

Durante a visita ao leito a acompanhante informou que trauma na coluna foi ocasionado por acidente de carro.

Evolução do Prontuário:

X - Paciente/Acompanhante recebeu(ram) orientações a respeito das Normas Hospitalares.

Observações:

Acompanhada pela sra Maria Freitas da Silva.

Ciente das normas hospitalares.

301A

CONDUTA HOSPITALAR

- Não sentar ou deitar na cama do paciente (risco de infecção hospitalar);
- O acompanhante/ou visitante não deve usar roupas impróprias (transparentes, justas, decotes e shorts). Procurar usar roupas confortáveis e adequadas ao espaço público;
- Não trazer ou deixar objetos de valores nas dependências das enfermarias, pois o hospital não se responsabiliza pela perda ou roubo destes;
- Não fumar nas dependências do hospital, haja visto o risco à saúde, medida esta amparada pela Lei Federal 9254/86;
- Não colocar objetos em cima do leito do paciente;
- Não é permitida a entrada de alimentos de fora nas enfermarias para impedir a proliferação de insetos e evitar a infecção hospitalar, a equipe de nutrição planeja uma alimentação adequada ao estado de saúde do paciente;
- Faça silêncio nas enfermarias. A tranquilidade no ambiente hospitalar é importante para a recuperação dos pacientes;
- É necessário lavar as mãos antes de entrar no quarto, antes e após prestar cuidados ao paciente e após o uso do sanitário;
- No caso de dúvidas em relação aos cuidados com o paciente (administração de medicamentos, trocas de soro, curativos, etc) procurar a equipe de enfermagem;
- Para evitar riscos à saúde do paciente pedimos aos acompanhantes que permaneçam nas respectivas enfermarias. Portanto, evite circular nas enfermarias bem como saídas do hospital;

JESSICA ALEXANDRE DE ARAUJO

CRESS - 4624

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM: _____



Hospital Memorial
São Francisco

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: MICARLA SOARES DA SILVA

Data do Procedimento: 30/07/19

Registro: 137929

IH: 1

Diagnóstico pré-operatório:

S220 FRATURA DE VÉRTEBRA TORÁCICA | FRATURA DA COLUNA TORÁCICA S0E
M431 ESPONDILOLISTESE

Código do procedimento:

0408030283

0408030534

0408030852

0403010250

Cirurgia realizada

ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NÍVEIS INCLUI

RESSECCAO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL

TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR

TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA LIQUORICA RAQUIDIANA

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: CLEITON VIEIRA PEREIRA

1º RAFAEL DE CASTRO AGUIAR

CRM

5199

5390

Anestesiologista: GILVAN DE CARVALHO

1904

Grau de Contaminação: Limp

Profilaxia Antimicrobiana:

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

06 PARAFUSOS PEDICULARES POLIAXIAIS

08 BLOQUEADORES

02 HASTES

01 CROSS LINK

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

Posicionamento, antissepsia, campos. Incisão reta toracolumbar mediana; dissecação e exposição da fáscia lombar e multifido. Afastador autoestático. Exposição dos espaços T9 a L1 e lâminas de T9 a L1. Com auxílio de radiocópia, realizado o posicionamento dos parafusos pediculares poliaxiais (06) em T9, T10, T12 e L1, bilateralmente, posicionamento das hastes (02) e estabilização com bloqueadores (08). Ressecção dos elementos vertebrais posteriores de T10 a T12 e correção da fistula liquórica raquiana lombar; correção da deformidade cifótica de coluna toracolumbar; realizada artrodeose intertransversalis com enxerto autólogo. Hemostasia e posicionamento de dreno de sucção à vácuo no subcutâneo lombar. Síntese por planos e curativo estéril. Ao CRQ

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Dep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

CRM: 5199 - CLEITON VIEIRA PEREIRA

30/07/2019 13:01:21



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

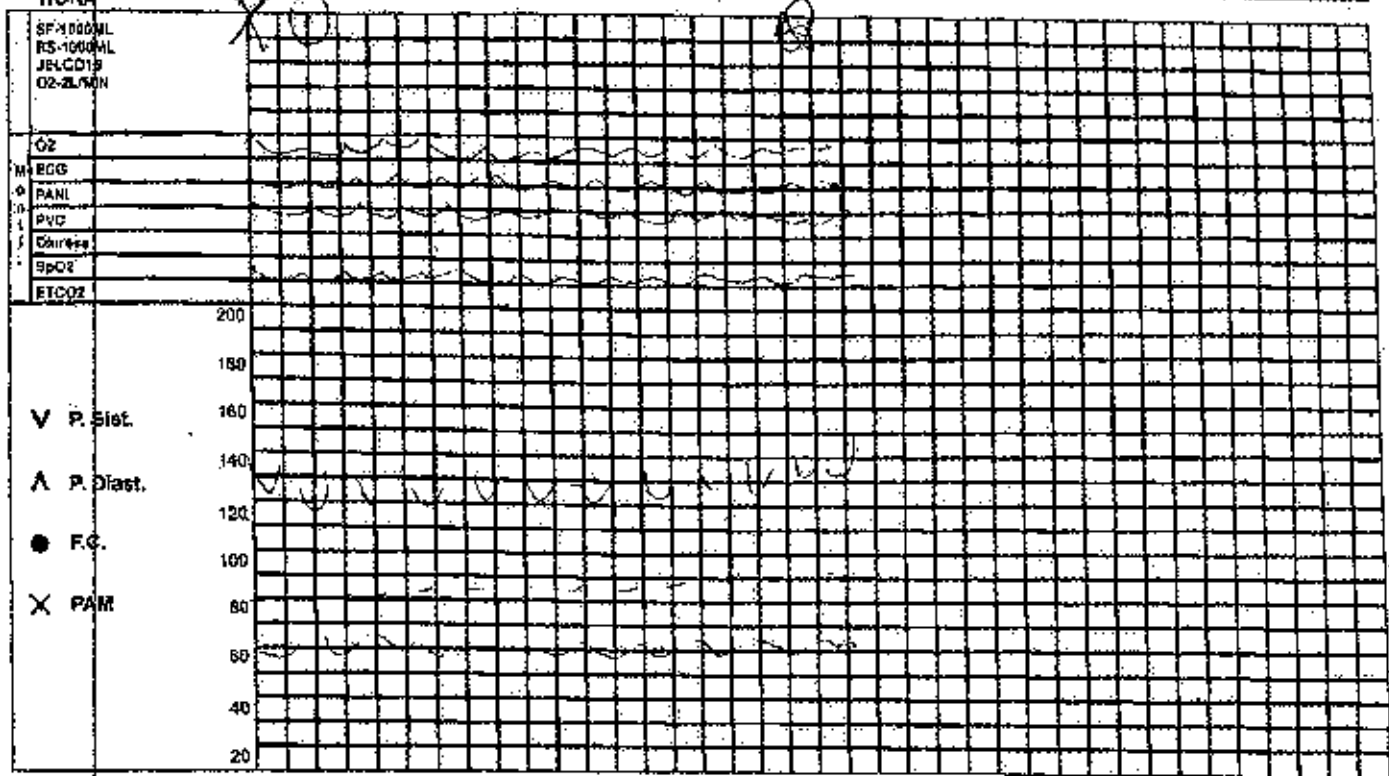
Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA**

Ordem do Paciente

MICARLA SOARES DA SILVA 127529

Id: 1

Cirurgia Realizada ARTROSCOPIA DE LOMBAR + LAMINECTOMIA + CORREÇÃO DE DEFORMIDADE		Date 30.07.2019
Cirurgião DR GLETON	1º Auxiliar 1º Auxiliar	2º Auxiliar 2º Auxiliar
Anestesiologista GILVAN DE CARVALHO		



Exames Laboratoriais			
pH			
PACO2			
PCO2			
CO			
ES2			
PO2			
SHO2			
Hb			
Hc			
Hs			
K			
Ca			
Glucose			
DRUGS USED			
PENTANE	500MG	01	
ALCOZOLAN	15MG	01	
NEOCAINA	0,5%		
DIAMORF	0,2MG		
SUPERANIL	10MG		
ROCURONIUM	50MG		
ATACURON	25MG	02	
PROPOVAN	1%	01	
EFEDRINA	50MG	01	
ARAMIN	10MG		
CEFAZOLINA	1G	02	
DIPIRONA	1G	02	
GRAMIN	3MG		
DEXAMETASONA	10MG	01	
RANITIDINA	50MG	01	
ONDASETRONA	8MG	01	
NEOCAINA	0,5%		
ISOBARICA	0,5%		
CETOPROFENOLO	100mg		
SEVCRAME		70	
TILATIL 40		01	
ABO		06	
TRANSAMIN		03	
TRAMAL		01	

TÉCNICA ANESTÉSICA: GERAL ENDOVENOSA + INALATÓRIA + RESPIRAÇÃO CONTROLADA	
BLOQUEIO:	TIPO:
LOCAL DA PUNÇÃO:	LATÊNCIA:
NÍVEL ANESTESIA:	LIQUOR:
BLOQUEIO MOTOR: 0	
POSICÃO: Antes: D DORSAL	Depois: D VENTRAL
APARELHO:	
TÉCNICA: ABERTO	
INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: ORAL	
TRAUMATICAÇÃO	
SONDA: OROTRACHEAL	Nº 7,5
CUFF: 30M	VT: 500
INDUÇÃO:	FR: 12
MANUTENÇÃO:	V.M.L:
CONDIÇÃO FINAL: BOA	REFLEXOS: OK
CONSCIÊNCIA: OK	

BALANÇO	
- Regenerol 0,15	
- Nicotina 0,03	
<p>Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol ECG, PNI, OXÍMETRO, CAPNÓGRAFO CEP 59022-020 - Natal/RN</p> <p>CONFERE COM ORIGINAL EM, ____/____/____</p>	
DURAÇÃO: 03:00	INÍCIO: 13:00
FINAL: 16:00	



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84) 3133-4200 / Fax: (84) 3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 137929 IH: 1 Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA**
Nascimento: 11/05/1995 24 anos Internação: 29/07/2019 20:34:24 Leito: **ENFERMARIA 301A**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

30/07/2019 12:39:28 - COREN - 682095 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Observações:

CLIENTE ADMITIDA() NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE ARTRODESE DE COLUNA, CONSCIENTE, ORIENTADA() RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, PUNÇIONADA() COM CATETER VENOSO Nº EM MS VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: NÃO

Há reserva sanguínea: SIM Prótese: NÃO Jóias: NÃO Membro e lado da cirurgia: COLUNA

Exame Laboratorial: SIM Risco Cirúrgico: SIM Raio X: PRÉ

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Outros Exames: TC DO CRÂNIO E TORAX

Assinatura Responsável

Maria Elizabete Borges Pereira

SRPA

COREN - 319960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Nível consciência: CONSCIENTE

Oxigenoterapia: CATETER NASAL

Acesso venoso: SIM Diurese: SIM Acidótico: NÃO Pálido: NÃO Sudorese: NÃO Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle: SIM-GTD: 2

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE PÓS DE ARTRODESE, CONSCIENTE RESPIRANDO EM AR CATETER NASAL, NA HYP VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, COM DRENO DE SUÇÃO JA ABERTO DIURESE POR SVD+ COLETOR FECHADO, COM RX PÓS DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.
VERIFICADO SSVV: PA= 120X60 MMHG, FC= 87 BPM, T= °C, SPO2= 98 %

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@vivofoxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 31/07/2019 07:46

Dados do Paciente

Registro: **137929** IH: **1** Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA**
Nascimento: **11/06/1995** 24 anos Internação: **28/07/2019 20:34:24** Leito: **ENFERMARIA 301A**

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: GERAL ENDOVENOSA + INALATORIA

Anestesiologista: DRº GILVAN

Tipo: ARTRODESE DE COLUMNA

Cirurgião: DRº RAFAEL

Instrumentador: ANA PESSOA

Circulante: LECIA + RENAN

Tipo curativo: LIMPO

Tem material para biópsia/cultura: NAO

Inf. sanguíneas: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA 2G

Medicação administradas:

Intercorridas / Observações:

PACIENTE ADMITIDA EM SALA CIRURGICA, PUNCIADA COM JELCO Nº18 NO MSD, REALIZADO CATETERISMO VESICAL COM SONDA Nº 14 COM DRESE RESENTE PELA ENFERMEIRA RAISSA, ENTUBADA COM TUBO INDOTROQUIAL Nº8 ARAMADO, MNTRIZADA EM SALA CIRURGIA SEM INTERCORRENCIAS, ENCAMINADA AO SPRA CONCIENTE E ORIENTADA EM O2 AMBIENTE, COM DRENO PORTVAC Nº3.2, SVD, HYP, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: Limpa

LECIA DA SILVA FERREIRA
Técnico(a) COREN - 1242099

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM: ____/____/____

Hospital Memorial

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
 Fone: (84) 3133-4200, Fax: (84) 3102-1222
 hmemorial@vix.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA**Registro: **137929**IH: **1**Nascimento: **11/06/1995** 24 anos Data Internação: **29/07/2019 20:34:24**Leito: **ENFERMARIA 301A**Turno: **Noturno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PRÉ ARTRODESE**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**Coloração da Pele: **Normocorado**Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Temperatura **36 °C**Saturação O2: **99%**Respiração: **18 RPM**

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial:

120x80Frequência Cardíaca: **85****EUPNEICA**

Acesso Venoso

Dieta

Eliminações Fisiológicas

Central**VO**Diurese: **ESPONTÂNEA****FHV****BOA ACEITAÇÃO**

Obs

HQT:

Intestinais: **PRESENTE**

Aspectos:

Correção:

Correção:

Drenos:

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs

Curativo

Medicações:

S/ PRESCRIÇÃO MÉDICA

Intercorrência:

PACIENTE ADMITIDA NESTE SETOR PARA SUBMETER-SE A CIRURGIA DE ARTRODESE, CONSCIENTE E ORIENTADA, O2 AMBIENTE, NEGA COMORBIDADES, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

HOSPITAL MEMORIAL

SAO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM: _____

Hospital Memorial

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br

UNIDADE DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFE

Dados do Paciente

Paciente: MICARLA SOARES DA SILVA

Registro: 137929 Nº Internação

Nascimento: 11/06/1995 24 anos Data Internação: 29/07/2019 20:34:24 Leito: ENFERMARIA 301A

OBSERVAÇÕES GERAIS

ENCAMINHO PACIENTE AO CENTRO CIRURGICO LEVANDO PRONTUÁRIO CONTENDO: 08
FOLHAS DE RNM, EXAMES LABORATORIAIS, ECG, LAUDO TC TORAX, LAUDO TC CRANIO.

30/07/2019

COREN - 522483

RAFAELA ARAUJO C

HOSPITAL MEMORIAL
SAO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____

Hospital Memorial

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 879 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloemail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA**

Registro: **137929**

Id: **1**

Nascimento: **11/06/1995** 24 anos Data Internação: **29/07/2019 20:34:24**

Leito: **ENFERMARIA 301A**

Turno: **Diurno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PÓS ARTRODESE DE COLUNA CERVICAL**

Isolamento da contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorada**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alérgias Medicamentosas: **NEGA**

Sinais Vitais:

Oxigenioterapia:

Temperatura: **38,9°C** Saturação O2: **98%** Respiração: **17 RPM**

Em **O2 Ambiente**

Pressão Arterial: **110x70** Frequência Cardíaca: **76**

Acesso Venoso

Díeta

Eliminações Fisiológicas

Periférico

VO

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs:

Curativo:

REALIZADO CURATIVO PELA EQUIPE DO CCIN.

Medicações:

ADM MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

AS 14:00HS PACIENTE APRESENTOU NAUSEA FOI ADM METOCLOPRAMIDA 5MG/ML CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. ENFERMEIRO DO SETOR CIENTE.

Intercorrência:

PACIENTE DE 24 ANOS EM O2 AMBIENTE, CONSCIENTE E ORIENTADA, AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES, DIURESE ESPONTÂNEA, PRESENTE DIETAS VO COM BOA ACELTAÇÃO, FOI HIGIENIZADA NO LEITO, FEITO TROCAS DE LENÇÓES DE CAMA, VESTES PESSOAIS, TROCAS DE FRALDAS, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE ALTA HOSPITALAR AGUARDANDO TRANSPORTE.

AS 14:00HS PACIENTE PERDEU ACESSO VENOSO PERIFÉRICO FOI REPUNÇONADA EM MSD COM JELCO 22 FOI USADO 2 JELCO 22.

AS 16:20HS PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR ACOMPANHADA DE MAQUEIRO MAIS FAMILIAR LEVANDO SEUS PERTENCENES E COM ORIENTAÇÃO MÉDICA.

Edvânia

COREN: 1088950 - EDVANIA PEREIRA
01/08/2019 16:00:16

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
AV. JUVENAL LAMARTINE, 879 - TIROL
Cap: 59.322-920 - Natal/RN
C. INFERE COM ORIGINAL
Em, _____

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA**

Registro: 137929 IN: 1

Nascimento: 11/06/1995 24 anos Data Internação: 29/07/2019 20:34:24

Leito: **ENFERMARIA 301A**Turno: **Diurno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POS-ARTRODESE DE COLUMA CERVICAL**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**Coloração da Pele: **Normocrado**Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Temperatura: **35,8 °C**Saturação O2: **98%**Respiração: **17 RPM**

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial:

110x70Frequência Cardíaca: **78**

Acesso Venoso

Dieta

Eliminações Fisiológicas

Periférico**VO**Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs:

Curativo:

REALIZADO CURATIVO PELA EQUIPE DO CCIH.

Medicações:

ADM MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.**AS 14:00HS PACIENTE APRESENTOU NÁUSEA FOI ADM METOCLOPRAMIDA 5MG/ML CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. ENFERMEIRO DO SETOR CIENTE.**

Intercorrência:

PACIENTE DE 24 ANOS EM O2 AMBIENTE, CONSCIENTE E ORIENTADA, AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES, DIURESE ESPONTÂNEA, PRESENTE DIETAS VO COM BOA ACEITAÇÃO, FOI HIGIENIZADA NO LEITO, FEITO TROCAS DE LENÇÓIS DE CAMA+VESTES PESSOAIS+TROCAS DE FRALDAS, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.**HOSPITAL MEMORIAL
SAO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGIN AL

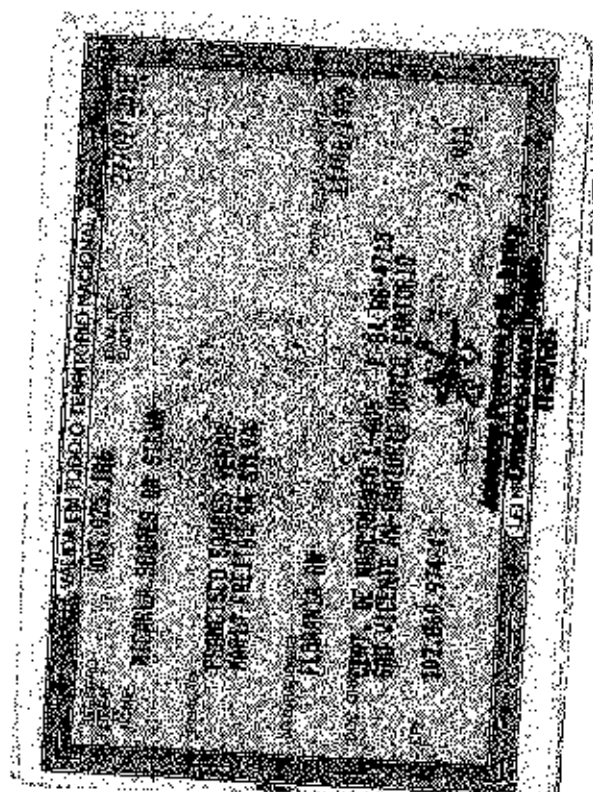
EM: / / *Edvânia*

COREN: 1088550 - EDVÂNIA PEREIRA

01/08/2019 16:00:16



América



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190659372**

Nome do(a) Examinado(a): **MICARLA SOARES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA VEREADOR BRIGIDA RODRIGUES, 133 - São Vicente - RN - CEP 59340-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /RN**] **003025186**

Data e local do acidente: [**24/07/2019**] **São Vicente RN**

Data e local do exame: [**05/12/2019**] **Caicó** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fraturas cominutivas na coluna vertebral torácica

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico apresenta, dor aos movimentos articulares e aos esforços físicos da coluna . Com limitação severa dos Movimentos de flexo extensão da coluna dorsal

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, artrodese na coluna vertebral torácica com haster e parafusos em vértebras torácicas 9,10,12 e lombar 1. Laminectomia de torácica 1 e lombar 1. Evoluiu sem intercorrências. Encontra-se de alta definitiva.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional da coluna torácica

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Coluna torácica

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Francisco Jares de Queiroz Silva - CRM: 2245 - RN

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659372

Vítima: MICARLA SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MICARLA SOARES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659372

Vítima: MICARLA SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MICARLA SOARES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659372

Vítima: MICARLA SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICARLA SOARES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento torácico

da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **MICARLA SOARES DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **237**

Agência: **000002131-8**

Conta: **000000009248-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
102.860.974-43 MICARLA SOARES DA SILVA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:
MICARLA SOARES DA SILVA 102.860.974-43
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
NÃO INFORMADA RUA VEREADORA BRIGIDA RODRIGUES 133
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
CENTRO SÃO VICENTE RN 59.340-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):
(84) 99853-1167

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (081) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 2131 8 CONTA: 0009248 7
(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 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo 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 do 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, SÃO VICENTE/RN, 08 DE OUTUBRO DE 2019

Micarla Soares da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Página 12

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 102.860.974-43 4 - Nome completo da vítima: MICARLA SOARES DA SILVA

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

5 - Nome completo: MICARLA SOARES DA SILVA 6 - CPF: 102.860.974-43
7 - Profissão: NÃO INFORMADA 8 - Endereço: RUA VEREADORA BRIGIDA RODRIGUES 9 - Número: 133 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SÃO VICENTE 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.340-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 99853-1167

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 21318 CONTA: 00092487
(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo 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 do 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 contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nosciturado/falecimento? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Suplente do signatário:
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha:
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha:

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, SÃO VICENTE/RN, 08 DE OUTUBRO DE 2019

Micarla Soares da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)