Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2016

Carta n°: 9005237

A/C: ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS

Sinistro:	**3160091103 ASL-0068537/16**
Vitima:	**ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS**
Data Acidente:	**05/11/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**ALEX SANDRO DA SILVA MORENO MOREIRA**

Ref.: EXIGÃªNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/04/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **05/11/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- ComprovaÃ§Ã£o de ato declaratÃ³rio infor.
incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2016

Carta n°: 9365169

A/C: ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS

Sinistro:	**3160091103 ASL-0068537/16**
Vítima:	**ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS**
Data Acidente:	**05/11/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**ALEX SANDRO DA SILVA MORENO MOREIRA**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder · DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Rosilda da paz dos santos

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.193.809 EXPEDIDO POR SSP/RN EM 18/07/03 E

CPF 061.003.054-67 /CNPJ ___/___/___-___ PROFISSÃO Do lar

E RENDA MENSAL DE R$ Sem renda (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rosilda da paz dos Santos AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

PROTOCOLO RECEBIDO 05 FEV 2018 EM REGULADORA

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

DOCUMENTO 1 *T1%*

_____ de _____ de _____ Rosilda da Paz dos Santos

LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Credi
Banco

Ligue agora

Capitais e regiões metropolitanas
4020.0004
Demais localidades
0800 033 0004

Desbloqueie e use já.

4258 2500 1778 4739

4258 VAL 05/19

ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS
00047 000009057-5

Valid Only in Brazil

VISA
ELECTRON

BANCO DO NORDESTE
SALDO DE CONTA DE DEPOSITOS
EMITIDO EM : 26/01/2016 AS 14:04:20
AGENCIA 0047 CONTA 1/000009057-5
CLIENTE: ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS

SALDO TOTAL DA CONTA	710,90
DISPONIVEL PARCIAL	-200,00
POUPANCA CORRENTE	910,90
BLOQUEADO	0,00
FUNDO INVESTIMENTO COM RESGATE AUTOMATICO	
SALDO LIQUIDO	0,00
SEM RESGATE AUTOMATICO	
SALDO LIQUIDO	0,00
CPMF A COBRAR	0,00
SALDO DISPONIVEL TOTAL	710,90
DATA DA ABERTURA DA CONTA	24/04/2014
DATA DO ULTIMO MOVIMENTO	26/01/2016

ATENCAO: CLIENTES CREDIAMIGO PODEM . LIMITE DIARIO DIFERENCIADO E PODEM SACAR ATE R$ 3.000,00/DIA.

BANCO DO NORDESTE: CLIENTE CONSULTA E OUVIDORIA 0800 728 3030 - WWW.BNB.GOV.BR

0047-0091-17.1 5-1-1-90-1905

PROTOCOLO RECEBIDO
05 FEV 2016
JEM REGULADORA

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOL
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM ACIDENTES DE VEÍCULOS – DEAV
Esplanada Silva Jardim, s/n, Ribeira – Natal/RN, ☎ (84) 3232-2533

Delegacia Especializada em Acidentes de Veículos - Natal - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

OCORRÊNCIA N.º 033/2016 LIVRO: 001
DATA DO REGISTRO: 02/02/2016 HORA: 11:24
COMUNICANTE: ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS
PROFISSÃO: AGRICULTORA RG. 2.493909 ORG.EXP: SSP/RM CPF: 06100030462
END/RESIDENCIAL: RUA JOÃO PALO II, 1380º-NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO
PONTO REFERÊNCIA: PRÓXIMO AO SUP. FAVORITO FONE: (84) 99198-4711

HISTÓRICO:

LOCAL/OCORRÊNCIA: AVENIDA SANTARÉM- VIA PÚBLICA
DATA: 05/11/2015 HORA: 21H 04M RESULTOU: MORTE [ ] LESÕES [X]
TIPO: COLISÃO [ ] TOMBAMENTO [ ] CAPOTAMENTO [ ] CHOQUE [ ]
ATROPELAMENTO [X] ABALROAMENTO: [ ] OUTROS: [ ]

VEICULOS ENVOLVIDOS:

1.Tipo: Marca: Cor: Placa: UF:
Condutor: Idade:
Endereço:
Prontuário: Categoria: UF:
Proprietário:
Endereço:
2. Tipo: Marca: Cor: Placa: UF:
Condutor: Idade:
Endereço:
Prontuário: Categoria: UF:
Proprietário:
Endereço:

1. Vitima: A COMUNICANTE, RG: Idade: Naturalidade: Estado civil:
Profissão: Filiação: Endereço:
1. Testemunha: Fone:
Endereço:
HISTÓRICO:
COMPARECEU A ESTA ESPECIALIZADA A PESSOA DA COMUNICANTE, E RELATOU QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS , AO ATRAVESSAR A AVENIDA VINHA UMA MOTOCICLETA, ORA IDENTIFICADA, QUE ATROPELOU A VITIMA E A MESMA VEIO A SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NBÚMERO 134339/2015, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO.
DISSE AINDA QUE FORA CONDUZIDA PELO SAMU, CONFORME OCORRENCIA DE NÚMERO 68789/1-2015, ORIUNDO DA SMS.
NADA MAIS DISSE

PROTOCOLO RECEBIDO
04 FEV 2016
ARAUNA SEGUROS S/A

Rosilda da Paz dos Santos
Assinarura do(a) Comunicante

Assinatura/Carimbo Servidor(a)
Francisco Armando Falcão Leal
Agente de Polícia
Mat. 190.961-4
Chefe de Investigação

DOCUMENTO 1 "T1%"

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS** foi vitima de atropelamento por moto no dia 05/11/2015, aproximadamente as 21h04min, na Avenida Santarém, Nossa Senhora da Apresentação, nesta Cidade. Tendo sido atendida pelo SAMU 192 Natal, **sob n° de ocorrência 68789/1** onde foram realizados os procedimentos de praxe pela equipe de plantão e removida para o Hospital Walfredo Gurgel.

Natal, 08 de Dezembro de 2015.

PROTOCOLO RECEBIDO 05 FEV 2016 UEM REGULADORA

Jose Machado Júnior
Coordenador de Enfermagem do SAMU 192 Natal
COREN - RN 91.991
Matrícula 43.899-6

ALFREDO GALVÃO DA SILVA JÚNIOR
Coord. Administrativo SAMU 192 Natal
Matrícula: 44.986-5

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Rosilda da Paz dos Santos, portador da carteira de identidade nº 2.493.909 e inscrito no CPF/MF sob o nº 061.000.304-63 residente e domiciliado na Rua João Paulo, Cidade Natal, Estado RN, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Rosilda da Paz dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

PROTOCOLO RECEBIDO
05 FEV 2016
JEM REGULADORA

_____

Local e data

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 68789/1

Data: 05/11/2015

CHAMADO

TARM: BLENA RAYOMARA ARGEMIRO DA SILVA

Médico Regulação: ADSON JOSÉ MARTINS VALE

Rádio Operador: SERGIANO ELIAS FARIAS

Médico Cena: PÉRICLES DE SOUSA CARDOSO

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 18 (CENTRAL)

Equipe VTR: FRANCISCO MEDEIROS DE ANDRADE - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
JOÃO BATISTA AUGUSTO DE LIMA - TECNICO DE ENFERMAGEM

Regulação Médica | Trote | Informação | Engano | Queda da ligação | Sem Médico | Transf./Internação | Eletivo

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: EVERTON

Telefone: (84) 98715-5827

Nome do Paciente: ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS

Idade: * 30 ANO(S)

Sexo: * FEMININO

☐ **Endereço não informado**

☐ **Coordenadas Informadas**

Latitude: -5.7541493 **Longitude:** -35.2724733

Endereço: AVENIDA SANTARÉM

Nº: VP

Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO

Outro Bairro:

Referência/Complemento: VALE DOURADO / NA ESQUINA DO SUPERMERCADO FAVORITO

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Paciente: ATROPELAMENTO POR MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

05/11/2015 21:05:55 - **Dr(a). ADSON JOSÉ MARTINS VALE**
APH: TRAUMA / **HD:** ATROPELAMENTO POR MOTO
REGULAÇÃO: 01 VÍTIMA, CONSCIENTE, RESPIRA NORMAL.
AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB
PRIORIDADE: VERMELHO
CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3
POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 05/11/2015 21:42:48 Usuário: (RADIO OPERADOR) SERGIANO ELIAS FARIAS
Observação: USB QND SEGUIA A SIRENE PAROU DE FUNCIONAR-21H28.

F:

Recebido por:

☐ Vaga Negada ☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

PERTENCES

Nome receptor: Cargo receptor:

Descrição dos pertences: Local deixado pertences: Data:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado: 05/11/2015 21:04:31	Regulação Médica: 05/11/2015 21:05:55	Solicitação VTR: 05/11/2015 21:18:53	Saída VTR: 05/11/2015 21:19:40	Chegada Local: 05/11/2015 21:45:07
Saída Local: 05/11/2015 22:19:03	Chegada Destino: 05/11/2015 22:45:35	Liberação Destino: 05/11/2015 23:41:34	Liberação VTR: 05/11/2015 23:41:35	

PROTOCOLO RECEBIDO 05 FEV 2016 JEM REGULADORA

Prefeitura Municipal do Natal
A nossa cidade
SECRETARIAMUNICIPAL DE SAUDE
SAMU192 NATAL

ATO DECLARATORIO

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS** foi vitima de atropelamento por moto no dia 05/11/2015, aproximadamente as 21h04min, na Avenida Santarém, Nossa Senhora da Apresentação, nesta Cidade. Tendo sido atendida pelo SAMU 192 Natal, **sob n° de ocorrência 68789/1** onde foram realizados os procedimentos de praxe pela equipe de plantão e removida para o Hospital Walfredo Gurgel.

DOCUMENTO 1 "T1%"

Natal, 08 de Dezembro de 2015.

PROTOCOLO RECEBIDO
19 MAI 2016
JEM REGULADORA

José Machado Júnior
Coordenador de Enfermagem do SAMU 192 Natal
COREN - RN 91.991
Matrícula 43.899-5

ALFREDO GALVÃO DA SILVA JÚNIOR
Coord. Administrativo SAMU 192 Natal
Matrícula: 44.986-5

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 68789/1

Data: 05/11/2015

CHAMADO

TARM: BLENA RAYOMARA ARGEMIRO DA SILVA

Médico Regulação: ADSON JOSÉ MARTINS VALE

Rádio Operador: SERGIANO ELIAS FARIAS

Médico Cena: PÉRICLES DE SOUSA CARDOSO

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 18 (CENTRAL)

Equipe VTR: FRANCISCO MEDEIROS DE ANDRADE - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
JOÃO BATISTA AUGUSTO DE LIMA - TECNICO DE ENFERMAGEM

Regulação Médica | Trote | Informação | Engano | Queda da ligação | Sem Médico | Transf./Internação | Eletivo

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: EVERTON

Telefone: (84) 98715-5827

Nome do Paciente:
ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS

Idade: *
30 ANO(S)

Sexo: *
FEMININO

☐ **Endereço não Informado**

☐ **Coordenadas Informadas**

Latitude: -5.7541493 **Longitude:** -35.2724733

Endereço: AVENIDA SANTARÉM

Nº: VP

Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO

Outro Bairro:

Referência/Complemento: VALE DOURADO / NA ESQUINA DO SUPERMERCADO FAVORITO

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Paciente: ATROPELAMENTO POR MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

05/11/2015 21:05:55 - **Dr(a). ADSON JOSÉ MARTINS VALE**
APH: TRAUMA / **HD:** ATROPELAMENTO POR MOTO
REGULAÇÃO: 01 VÍTIMA, CONSCIENTE, RESPIRA NORMAL.
AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB
PRIORIDADE: VERMELHO
CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3
POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 05/11/2015 21:42:48 Usuário: (RADIO OPERADOR) SERGIANO ELIAS FARIAS
Observação: **USB QND SEGUIA A SIRENE PAROU DE FUNCIONAR-21H28.**

PROTOCOLO RECEBIDO
19 MAI 2016
JEM REGULADORA

SINAIS VITAIS / OUTROS ACHADOS

Tipo de APH: TRAUMA - ATROPELAMENTO POR MOTO

Hipótese Diagnóstica:

Sinais Vitais:

05/11/2015 22:07
1º PA - 110X70
2º FC - 75
3º FR - 20
4º SAT - 98%AA
6º GLASGOW - 14

Antecedentes:
☐ Cardiopatia ☒ Diabetes ☒ Epilepsia ☒ Etilismo ☒ Hipertensão ☒ HIV ☒ Nefropatia ☒ Neoplasia ☒ Pneumopatia ☒ Sequela AVC

Outros Antecedentes:

Nível de consciência:
☐ Normal ☒ Confuso ☒ Torporoso ☒ Inconsciente

Respiração:
☒ Não Respira ☒ Normal ☒ Ruidosa / Dispnéia ☒ Via aérea obstruída ☒ Via aérea pérvia

Sudorese: – SELECIONE –

Coloração da pele: – SELECIONE –

Sangramento: – SELECIONE –

Uso de algum Medicamento:

Alergia:

Prioridade:
Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul

Observação:
VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO. HEMATOMA SUBGALEAL EM REGIAO FRONTAL. ESCORIACOES EM LABIOS SUPERIORES E MMII.
FRATURA EXPOSTA EM PERNA DIREITA. NAO LEMBRA O QUE ACONTECEU.

PROCEDIMENTOS

Tipo do procedimento:	Procedimento:	Observação:
IMOBILIZAÇÃO - COLAR CERVICAL		
IMOBILIZAÇÃO - MMII		
IMOBILIZAÇÃO - PRANCHA LONGA		

MEDICAMENTOS

Medicamento - unidade:	Quantidade:	Observação:
SORO RINGER LACTATO - 1 - IV		

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*
Sim Não Não informado

CONDUTA

☐ Atendimento / Residência ☒ Conduta VTR ☒ Remoção / Transferência
Óbito Endereço não localizado Evasão do local Recusa atendimento Recusa remoção
Removido por terceiros Trote

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☒ Aguardando Vaga

PROTOCOLO RECEBIDO
19 MAI 2016
JEM REGULADORA

Recebido por:

☐ Vaga Negada ☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado: 05/11/2015 21:04:31	Regulação Médica: 05/11/2015 21:05:55	Solicitação VTR: 05/11/2015 21:18:53	Saída VTR: 05/11/2015 21:19:40	Chegada Local: 05/11/2015 21:45:07
Saída Local: 05/11/2015 22:19:03	Chegada Destino: 05/11/2015 22:45:35	Liberação Destino: 05/11/2015 23:41:34	Liberação VTR: 05/11/2015 23:41:35	

PROTOCOLO RECEBIDO
19 MAI 2016
JEM REGULADORA

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: 22/07/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00047

CONTA: 001000009057-5

Nr. da Autenticação ABD2FB218DF34665

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rosilda da paz dos Santos,

RG nº 2.493.909, data de expedição 19/07/03, Órgão SSP/RN,

CPF nº 061.000.304-67 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	rua João Paulo
Número	1380-A
Apto / Complemento	—
Bairro	N. Senhora da Conceição
Cidade	Natal
Estado	RN
CEP	59.114-150
Telefone de Contato	(84) 99198-4711
E-mail	

PROTOCOLO RECEBIDO
05 FEV 2016
JEM REGULADORA

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Rosilda da Paz dos Santos

DOCUMENTO 2 *T2%*

cosern
Grupo Neoenergia

Tarifa Social de Energia Elétrica Cria da pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL / FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Hermogenes de Araújo, 35 - Tirol, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59020-900
CNPJ 08.324.196/0001-15 - Insc. Est. 20053109-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARLENE FELIX REZERRA

CPF 730.547.284-72

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO PAULO II 1380 – A

NOSSA SENHORA DA APRESENTACAO/AREA
NATAL RN
59114-150

NF/SÉRIE/ITEM	ÁREA	EMISSÃO
000370169	ÚNICA	05/12/2015

CONTRATO	NF DO CLIENTE	NF DA REGULADORA
18/12/2015	3C00397704	2103898

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7001424909	12/2015

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
18/12/2015	06/01/2016

TOTAL A PAGAR (R$) 19,68

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo kWh (kWh)			
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,10

TOTAL DA FATURA 19,68

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA LEITURA	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
7098490	CAT	09/11/2015	1.230,00	09/12/2015	1.271,00	30	1,00000		41,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

OUT/15	39
SET/15	30
AGO/15	30
JUL/15	30
JUN/15	31
MAI/15	142
ABR/15	45
MAR/15	30
FEV/15	15
JAN/15	134
DEZ/14	108

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS	19,29	1,29	0,25
COFINS	19,29	4,74	0,91

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R$	%
Geração de Energia	16,51	83,91
Transmissão	0,49	2,49
Distribuição/Concessão	0,46	2,34
Encargos Setoriais	0,92	4,67
Tributos	1,19	6,09
Total	19,68	100

OUTRAS INFORMAÇÕES

Consumo kWh (kWh) 0,37500000

INFORMAÇÕES DO MEDIDOR

EF00 850D 9EF7 115F FB80 E5SA C728 0B55

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	CONJUNTO	MÉDIA JUL/2015	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE MENSAL
DEC		3,00	-	19,00	21,25
FEC		3,00	4,25	8,72	12,15
DMIC		3,00	3,14	8,00	0,00

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

PROTOCOLO RECEBIDO
05 FEV 2016
JEM REGULADORA

::Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº **1303792814**

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE

RUA VERMOZ 150 SANDO
NATAL RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-260
CNPJ 08 324 196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20065199-0

cosern
Grupo Neoenergia
www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 12.428, de 28/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0500 054 0404
Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte-
AREEP 0500 727 0567 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica – ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
ALEX SANDRO DA SILVA MORENO MOREIRA	18/01/2016	04/01/2016	7008481380
ENDEREÇO: RUA RIO TOCANTINS 86 - LT-07842 - CENTRAL PARQUE III/AREA URBANA -59575-000 EXTREMOZ RN -	TOTAL A PAGAR: R$ 133,91	DATA DA APRESENTAÇÃO: 04/01/2016	CLASSIFICAÇÃO: RESIDENCIAL Monofásico B1
		NÚMERO DA NOTA FISCAL: 000135904	

PERÍODO CONSUMO	CONSUMO
03/12/2015 a 04/01/2016	208

ICMS - BASE DE CÁLCULO R$ 0,00 Alíquota 17,00 valor do imposto R$ 19,35

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

PROTOCOLO RECEBIDO
14 ABR 2016
JEM REGULADORA

DOCUMENTO 1 *T1%*

ESTE RECIBO É UM TÍTULO AO PORTADOR PARA FINS DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL E INTRANSFERÍVEL. PRESERVE SEUS DADOS!

Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
End: _____

Este recibo é individual e em caso de extravio permitido não é permitido seu envio a mais de um beneficiário.

DOCUMENTO 1 *T1%*

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS,

RG nº 2.493.909, data de expedição 18/07/03, Órgão IFGP,

CPF nº 061.000.304-62, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

REANALISE

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA JOÃO PAULO II 1280-A
Número	1280-A
Apto / Complemento	
Bairro	NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO
Cidade	NATAL
Estado	RN
CEP	59 114-150
Telefone de Contato	84 9-8875-4960 - 9-8845-7053
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Natal-RN 30/06/2016

Assinatura do Declarante: Rosilda da Paz dos Santos

PROTOCOLO RECEBIDO
04 JUL 2016
JEM REGULADORA

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0

cosern
Grupo Neoenergia
www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
MARLENE FELIX BEZERRA
CPF: 735.547.284-72

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO PAULO II 1380 --A
NOSSA SENHORA DA APRESENTACAO/AREA URBANA
59114-150 NATAL RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
14/06/2016	07/06/2016	007001424909
TOTAL A PAGAR (R$)	DATA DA APRESENTAÇÃO 07/06/2016	Nº DO CLIENTE 3000327704
0,00	NÚMERO DA NOTA FISCAL 000309782 Série: U	Nº DA INSTALAÇÃO 0002103696

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
576C.AC4C.8522.D105.E834.22CF.B4A7.028C

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	47,00	0,43197	20,28
Multa por atraso-NF 000340627 - 06/04/16			0,33
Juros por atraso-NF 000340627 - 06/04/16			0,15
Devolução Pagamento em Duplicidade			20,74-
TOTAL DA FATURA			0,00

PROTOCOLO RECEBIDO 04 JUL 2016 JEM REGULADORA

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)	0,40531000

HISTÓRICO DE CONSUMO

		kWh
JUN	16	47
MAI	16	41
ABR	16	41
MAR	16	50
FEV	16	41
JAN	16	61
DEZ	15	44
NOV	15	41
OUT	15	30
SET	15	30
AGO	15	30
JUL	15	30
JUN	15	54

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R$	%
Geração de Energia	8,50	40,89
Transmissão	0,50	2,47
Distribuição (Cosern)	6,03	29,71
Encargos Setoriais	3,04	15,00
Tributos	1,29	6,93
TOTAL	20,26	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	20,26	1,65	0,21	20,26	4,90	0,99

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000000070694640	CAT	06/05/2016	4.508,00	07/06/2016	4.555,00	32	1,00000	0,00	47,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/07/2016

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO abr/2016	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	NGAPO	0,09	5,42	16,26	21,73
FIC-No.de vezes sem Energia		0,09	3,36	6,72	13,43
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,06	3,11	0,00	6,00
DICRI-Duração de interrupções em dia crítico					

Limite DICRI: 13,22

BONO-Valor do Energia de Ajuste = R$ 0,77

Todo consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI e de bônus.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Pagamento em atraso gera: Multa 2%(Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros1%a.m.(Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês.
Isenção do ICMS conforme Art. 14, do RICMS-RN.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V) MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007001424909	06/2016	0,00	14/06/2016	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DOCUMENTO 2 "T2%"

ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[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 Alex Sandro da Silva Moreira **portador(a) do RG nº** 3049078 **, expedido por** SSP/RN **, em** 14/08/2013**, CPF/CNPJ nº** 065.494.814-30 **,**

Na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Paulo da Paz dos Santos **do sinistro de DPVAT da natureza** Invalidez **da vítima** Paulo da Paz dos Santos **, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:**

Profissão: vendedor **Renda Mensal: R$** menos

Documentos comprobatórios:

Alex Sandro da Silva Moreira Moreira
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

PROTOCOLO RECEBIDO 14 ABR 2016 JEM REGULADORA

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	4- CNES 3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS			6- NUMERO DO PRONTUARIO 141983
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 708 0048 7992 1025	8- DATA DE NASCIMENTO 18.02.1985	9- SEXO MASCULINO ( ) FEMININO (X)	10- RAÇA/COR
11- NOME DA MÃE FRANCISCA DA PAZ DOS SANTOS			12- TELEFONE DE CONTATO
13- NOME DO RESPONSÁVEL GENILZA DA PAZ DOS SANTOS - (IRMÃ)			14- TELEFONE DE CONTATO (84) 9-9921-9417
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA JOAO PAULO II, 1380			
16- MUNICÍPIO NATAL	17- BAIRRO N.S. APRESENTAÇÃO	18- UF RN	19- CEP

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
fratura de tíbia distal (D)

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
tratamento cirúrgico.

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)
Exame físico + RX

23- DIAGNÓSTICO INICIAL	24- CID 10 PRINCIPAL	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
	S82.3		

PROTOCOLO RECEBIDO 05 FEV 2016 / JEM REGULADOR

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Vara cirúrgica frat tíbia distal			28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408050220
29- CLÍNICA Ortopedia	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO OKG	31- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	32- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Fabio Filgueira Freire	34- DATA DA SOLICITAÇÃO 30.10.2015		35- ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO NO CONSELHO CRM 5404 - TEOR 13187

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 37- ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 38- ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	39- CNPJ DA SEGURADORA 42- CNPJ DA EMPRESA	40- Nº DO BILHETE 43- CNAE DA EMPRESA	41- SÉRIE 44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- COD. ÓRGÃO EMISSOR	52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

CONFERE COM ORIGINAL
MO 3754-0
Servidor

DOCUMENTO 4 *T4%*

HOSPITAL DAL
Parnamirim / RN

PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

ORTOPEDIA	CLÍNICA CIRÚRGICA	CLÍNICA MÉDICA	CLÍNICA PEDIÁTRICA

ENFERMARIA Nº
LEITO
PRONTUÁRIO: 141983
DATA: 30/11/2015
HORA: 19:29
CATEGORIA
GIH
PACIENTE: ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO: 18.02.1985
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA
PROFISSÃO: APOSENTADA
ENDEREÇO (RUA, Nº): RUA JOAO PAULO II, 1380
MUNICÍPIO: NATAL
BAIRRO: N.S. APRESENTAÇÃO
UF: RN
CEP
LOCAL DE TRABALHO
TELEFONE
FILIAÇÃO: FRANCISCA DA PAZ DOS SANTOS
RESPONSÁVEL: GENILZA DA PAZ DOS SANTOS - (IRMÃ)
TELEFONE: (84) 9-9921-9417
ENDEREÇO: O MESMO

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO
DATA DE ADMISSÃO
ALTA 11/12/15
ÓBITO

PROTOCOLO RECEBIDO
05 FEV 2016
UEM REGULADORA

HISTÓRIA CLÍNICA

3 semanas de início de queixa
com uso de fixador externo transarticular
em tíbia distal
Admitido p/ trat cirúrgico definitivo
30/11/15

ALTA Hospitalar

Dr. Pedro F. Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5884 - TEOT 13187

Dr. Carlos Ricardo Pereira Filho
Ortopedista - Traumatologista
Perito em Traumatologia
CRM 2108 - TEOT 5981
CPF: 188 204 804-44

CONFERE COM ORIGINAL
ID 3754-0
Servidor

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 59 ORT

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)	MATRÍCULA	DATA	HORA
HDSF	979929	30/11/2015	18:45

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE: ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS — MASCULINO: — FEMININO: FEMININO

NACIONALIDADE	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	RELIGIÃO	RAÇA/COR
BRASILEIRA	18/02/1985	31		

ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	TELEFONE
	SOLTEIRA	APOSENTADA	84 991137196

NOME DA MÃE: FRANCISCA DA PAZ DOS SANTOS
NOME DO PAI:

CPF	RG	ORG.EXP.	UF	CARTÃO DO SUS
	2.493.909		RN	708 0048 7992 1025

ENDEREÇO: RUA JOAO PAULO II 1380 — COMPLEMENTO: A

BAIRRO	MUNICÍPIO	UF	CEP
NOSSA SEN DA APRESENTAÇ	NATAL	RN	59114-150

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE	PARENTESCO	TELEFONE
		9 9921-9947

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO: ( ) Regulado ( ) SAMU ( ) Demanda Espontânea — MOTIVO:

QUEIXA PRINCIPAL:

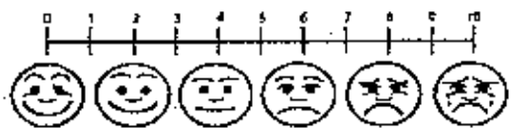
FLUXOGRAMA: — DESCRIMINADOR:

DOENÇAS PREEXISTENTES: — ALERGIAS:

PESO:_____ ALTURA:_____ SSVV:_____ FC:_____ FR:_____ T:_____ SO2:_____ PA:_____ GLICEMIA:_____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL	COREN	DATA	HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE: ○ AZUL ◉ VERDE ○ AMARELO ○ LARANJA ○ VERMELHO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
- [ ] SALA VERMELHA
- [ ] URGÊNCIA
- [ ] ORTOPEDIA
- [ ] CONSULTA MÉDICA
- [ ] BUCOMAXILO
- [ ] PEQUENA CIRURGIA
- [ ] ACIDENTE DE TRABALHO
- [ ] VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
- [ ] QUEDA
- [ ] OUTROS

Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

HISTÓRIA CLÍNICA

B dia da fxa da perna (D)

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL 3754-0 Servidor

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Fxa diafisa tibia (D)

HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE ...CENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

( ) Hemoconcentrado _____ Unid. ( ) Plasma _____ Unid. ( ) Plaquetas _____ Unid.
( ) Albumina _____ Unid. ( ) Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

_____ h:_____ _____ h:_____ _____ h:_____
_____ h:_____ _____ h:_____ _____ h:_____
_____ h:_____ _____ h:_____ _____ h:_____

HIDRATAÇÃO VENOSA

( )Soro Fisiológico: _____ml ( )Soro Ringer Simples: _____ml Quantidade total de volume
( )Soro Glicosado: _____ml ( )Soro Ringer Lactato: _____ml administrado: _____

ANÁTOMO PATOLÓGICO

( ) Não ( ) Sim Peça: _____ Peça para sepultamento: ( )Não ( )Sim _____
Swab para cultura: _____ Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: ( )limpo ( ) c/exsudato ( ) Contaminada ( )Aparelho gessado ( )Bandagens ( ) Talas ( ) Outros:

INTERCORRÊNCIAS: 09:35 REALIZADO REVISÃO DE FIXADOR SEM INTERCORRÊNCIA
OTA PCTE DEGLE ADO CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Ass: LUCIANA Coren: 322-653

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (X)Consciente ( )Inconsciente ( )Narcose ( )Coma ( )Vigil ( )Agitado
Respiratório: ( )Intubado ( )Extubado ( )Cânula de Guedel ( )O_2 ambiente **Curativo:** ( )Oclusivo ( )Compressivo ( )Bolsa de colostomia ( )Outro: _____
Diurese: ( )Espontânea ( )Normal ( )Hematúria ( )Irrigação Vesical ( )Oligúrico **Destino após a cirurgia:** ECO

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 09:40 **Data:** 04/12/15 **Nível de consciência:** (X)Acordado ( )Sonolento ( )Narcose ( )Orientado ( )Desorientado ( )Agitado ( )Choroso **Vias aéreas:** ( )Intubado ( )Extubado ( )cânula de Guedel ( )Cateter O_2 (X)O_2 Ambiente
Mobilização MMII: (X)Normal ( )Diminuída ( )Sem mobilidade **Mobilização MMSS:** ( )Normal (X)Diminuída ( )Sem mobilidade
Venóclise: ( )Não (X)Sim Tipo: AVP Local: MSE **Sondas:** ( )Gástrica ( )Enteral ( )Vesical
Drenos: ( ) Sucção ( )Torácico ( )Penrose ( )Kherr **Ostomias:** ( )Sim ( )Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: ( )Retorno satisfatório ( ) Retorno insuficiente ( ) Coágulos
Curativo: ( )Oclusivo ( )Descoberto ( )Limpo ( )Sujo **Monitorização:** ( )ECG ( )Oxímetro ( )PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA ( )Náuseas ( )Vômitos ( )Sangramento ( )Dor ( )Bexigoma ( )Alteração PA ( )Alteração FC
Relate: _____

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão						
30'						
60'						
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ml
Soro Fisiológico: _____ml
Ringer: _____ml
Irrigação vesical contínua: _____ml

CONFERE COM ORIGINAL
MCO 3754-0
Servidor

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: 09:35 - bem intercorrências encaminhado pela para o RX, mantida intubada.

Ass: [illegible] Coren: 118665

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário
					Idade	Sexo	Cor
Nome					Peso	Outros
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura		
Tipo sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia	
	Urina					
Ap. respiratório					Asma	Bronquite
Ap. circulatório					Eletrocardiograma	
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário	
Estado mental			Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico	Risco
Anestesias anteriores						
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito	

Agentes Anestésicos — O

Líquidos

Opar ◯ — 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

SIMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

Agentes

Técnica

Operação

Cirurgiões

Anestesistas

Observações — Perda sanguínea

Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias

CONFERE COM ORIGINAL
AO 3754-0

HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS Idade: 30 D/N: 18/02/1985
Pront.: 14/1983 Município: NATAL Procedência: (X) Interno ( ) Externo
Data da cirurgia: 09/12/15 Hora Admissão: Bloco: 07:40 Sala: __:__ Hora Saída: __:__ Peso: ____
Alergias: (X) Não ( ) Sim ____ Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras ____
Uso de medicações: (X) Não ( ) Sim ____ Jejum: ( ) Não (X) Sim
SSVV Admissão: PA: ____ mmHg Pulso: ____ bpm FR: ____ rpm FC: ____ bpm SpO_2: ____ % T: ____ °C

Enfermeiro(a): LIDIANE Instrumentado (a): Pamela Circulante: Ana Paula

Cirurgia: TTT cirurgico protese fibula distal D Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 01
Hora Início: 09:15 Hora Término: __:__ Tipo de cirurgia: (X) Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada
1º Cirurgião: Dr. Rogerio Aux.: Dr. Elypio Residente: ____

Anestesia: ( ) Local (X) Sedação ( ) Geral TOT: ____ ( ) Bloqueio (X) Raquidiana Ag.nº 27 ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter
Ag.nº ____ Cateter nº: ____ Início: 09:00 Garrote: (X) Smarch ( ) Pneumático Início: 09:05 Término: __:__
Anestesiologista: Dr. Rosa

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE		CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO		DISPOSITIVOS		MONITORIZAÇÃO	
X	Consciente	X	Normocorada	X	Normotenso		Jelco	X	ECG
	Letárgico		Hipocorada		Hipotensão		Acesso V. Central	X	Oxímetria
	Coma		Cianótica		Hipertensão		Cat. Diálise		Capnógrafo
X	Orientado		Ictérica	X	Normocárdico		Fístula Arteriovenosa	X	PA
	Desorientado		Desidratada		Bradicardia		SNG		Estimul. Nervo
	Sedado		Íntegra		Taquicardia		SVD		Diprifusor
	Ansioso		C/lesões		Choque		Colostomia		BIC
	Deambula		Sudorese		Normoesfigmico		Cistostomia		Desfibrilador
	t/dificuldade		Cicatriz cirúrgica		Eupnéia		Dreno:		
	Acamado		Higiene Satisfatória		Dispnéia		Aparelho gessado		
	Paraplégico		Higiene deficiente		Dispositivo O_2		Tração		
	Tetraplégico		Manchas				Talas		
	Amputações		S/Tricotomia						

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	62	62		Bpm
Pulso	60	61		Bpm
Oximetria	100	100		%
Capnografia	—	—		%
PA	14X6	14X7		mmHg

POSIÇÃO		COXIM		MMSS	
X	Dorsal		Cabeça		Anatômicos
	Ventral		Pescoço		Abduzidos
	Lateral		Tórax		Fletidos
	Litotômica		Lombar	MMII	
	Trendlemburg				Anatômicos
	Canivete				Abduzidos
	Proclive				Fletidos

ACESSO VENOSO
- ( ) Punção Arterial
- ( ) Punção Venosa Periférica
- ( ) Punção Venosa Central
- ( ) Dissecção venosa

Local: Braço na HUP
Cateter:

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
( ) Sim (X) Não ( ) Metal ( ) Descartável
Local:

DEGERMAÇÃO
(X) Sim ( ) Não
Local: Perna D Solução: clor. clorex

TRICOTOMIA
( ) Sim (X) Não
Local:

SONDAGEM GÁSTRICA
SNG nº
Retorno:

CATETERISMO VESICAL
SVF nº SVA nº
Diurese:
Profissional responsável:

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos:
Tela:
Cateter:
Ostomia:
Fio de KC:
Placa – Tipo: DCP
Parafuso – tipo: Corticais e esponjosos
Outros:

CONFERE COM ORIGINAL 0037541-0 Senador

EXAMES SOLICITADOS:
- ( ) Hemograma
- ( ) Coagulograma
- ( ) Tipagem Sanguínea
- (X) Radioscopia (Raio X)
- ( ) Gasometria
- ( ) Outros
- ( ) Glicosimetria:

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: básica + 4.5 Quant. Material: ____
Val.: 18/12/15 Contagem de gaze e compressa: ( ) Não ( ) Sim

Hospital Geraldo M. Lima
HODAL
Parnamirim / RN

Hospital	Nº prontuário
Nome do paciente: Posidon do Rosário dos Santos	Leito
Data operação: 9/12/15	Ent.
Operador: Dr. Fagundes	1º auxiliar: Dr. Alpina
2º auxiliar	3º auxiliar
Anestesiste	Tipo de anestesia
Diagnóstico pré-operatório: Fratura de Tíbia e D.	
Tipo de operação: Sutura de Fratura	
Diagnóstico pós-operatório: O mesmo	
Relatório imediato do patologista: NA	
Exame radiológico no ato: NA	
Acidente durante a operação: NA	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

(1) Decúbito dorsal sob raquianestesia + torniquete ensmanchi
(1) Proceda a antissepsia
(2) Aproxime campo operatório
(1) Incisão sob a tíbia, dissecção por plano, fechamento da fratura, cruzamento dos fragmentos 4,5 hs, lavagem SF 0,9% 02 L
(1) Aproxime conforme tábua em perfil anterior
(1) Entre por planos
(1) Curativo
(1) Retirada torniquete
(1) pele ⊕, Sect 17% MID

Dr. Pedro Gerardo Fagundes
Ortopedista e Traumatologia
CRM-RN 01-11750

CÓPIA FIEL DO ORIGINAL
3754-0
Gestor

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Rosilda da Paz dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.493.909 DATA DE EXPEDIÇÃO 18.07.2003
NOME ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS
FILIAÇÃO Luiz Januário Filho
Francisca da Paz dos Santos
NATURALIDADE Poço Branco/RN DATA DE NASCIMENTO 18.02.1985
DOC ORIGEM C/Nasc. 10.489 Liv. A-21 Fls.34V
Cart. de Poço Branco/RN
CPF

DIRETORIA DE INVESTIGAÇÃO E POLÍCIA CRIMINAL
IIEP/RN

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal
CPF
061.000.304-62
ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS
18/02/1985

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.
Junho/2003
CORREIOS
www.correios.com.br

PROTOCOLO RECEBIDO
05 FEV 2016
JEM REGULADORA

DOCUMENTO 5 "T5%"

Procurador

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALEX SANDRO DA SILVA MORENO MOREIRA

8049072 ITEP RN

CPF 065.494.814-30

DATA NASCIMENTO 28/12/1989

FILIAÇÃO
ALEXSANDRO MORENO MOREIRA
EVANEIDE FERREIRA DA SILVA

PERMISSÃO [redacted]

ACC [redacted]

CATEGORIA AD

Nº REGISTRO [illegible]

VALIDADE 09/06/2018

1ª HABILITAÇÃO 03/02/2009

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA;

[illegible]
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL NATAL, RN

DATA EMISSÃO 14/08/2013

ASSINATURA DO EMISSOR

13815805666
RN701757830

DETRAN-RIO GRANDE DO NORTE

DOCUMENTO 3 "T3%"

PROTOCOLO RECEBIDO
14 ABR 2016
JEM REGULADORA

JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUARIO COMPLETO

Eu, Rosilda da paz dos Santos, brasileiro (a), portador do Rg nº 2.493.909 e CPF 061.000.304-67 residente e domiciliado (a) rua João Paulo Bairro N.S. da Conceição Município Natal, venho perante a seguradora Líder dos consórcios, afirmar que não tenho nenhum desses documentos exigidos pela seguradora Líder.

1. Relatório de tratamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data de conclusão do tratamento.

Venho por essa declarar que não tenho nenhum desses documentos acima citados. Pois devidos muitos problemas não fiz o tratamento ~~por~~ completo e nem tenho condições de fazer.

Espero que os senhores compreendam a minha situação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO DE PERICIA para confirmar minhas sequelas.

Local_____, Data_____

Atenciosamente

Rosilda da Paz dos Santos

PROTOCOLO RECEBIDO 14 ABR 2016 JEM REGULADORA

DOCUMENTO 6 *T6%*

DOCUMENTO 1 "T1%"

REANALISE

Eu Rosilda da Paz dos Santos
CPF-061-000-304-62
Afirmo para seguradora lider
que Afirmo não desisti o Processo do APVAD
de numero 3160091103 como correio um
Equivoco. Pois fui informada que
Alguém que informou A desistência
do Processo eu estou com graves lesões
que Aguardo A marcação da minha
Pericia o mais rapido possivel pois mal
Passo me locomoven pois sofro com dores
e incomodo. Por favor marquem A minha
Pericia, pois eu não Desisti do Processo de
forma Aguma. Alem do mais sou deficiente
Auditiva fiz cirurgia coclear que
Dificulta inda mais.

PROTOCOLO RECEBIDO
04 JUL 2016
JEM REGULADORA

Cartório Único de Igapó

Ass: Rosilda da Paz dos Santos
Rosilda da Paz dos Santos

NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE IGAPÓ
Praça São Vicente de Paula, nº 42 - Igapó - Natal/RN - CEP: 59.104-010
Telefax: (084) 3214-6810

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE, a(s) firma(s) de: ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS. VÁLIDO SOMENTE COM SELO AUTENTICIDADE
NATAL/RN, 17 DE JUNHO DE 2016

Op.15
Emol. R$2,34

Alberto Magnus H. de Moura - Escrevente Autorizado

CARTÓRIO DE IGAPÓ - Natal-RN

DOCUMENTO 4 "T4%"

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	DOMÉSTICA
IDENTIDADE:	2.493.909
ENDEREÇO:	Rua: João Paulo nº 1380

OUTORGADO

NOME:	Alex Santos da Silva Moura Moura
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	autonomo
IDENTIDADE:	8049077
ENDEREÇO:	Rua. rio Tocantins nº 86 Extremoz/RN

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Natal-RN 02.02.2016

LOCAL E DATA

4º OFÍCIO DE NOTAS

Rosilda da Paz dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

PROTOCOLO RECEBIDO 14 ABR 2016 JEM REGULADORA

4º Ofício de Notas
Av. Engenheiro Roberto Freire, 2158 - Shopping Outdoor Jardim - Ponta Negra - CEP 59088-400 - Natal - RN
Fone: (84) 3219-0010 - fax (84) 3219-2944
Tabelião Vera de Fátima Rebouças Samuel
Hugo Franco Samuel
Valéo Almeida Rebouças Samuel

Reconheço AUTÊNTICA a firma de ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS, assinada na presença. Dou fé.
Natal, 2 de Fevereiro de 2016.
Em testemunho _____ da verdade.
Tabeliã (o) Substituto
*VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

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

Nome do(a) Examinado(a): ***ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS*** **Sinistro:** ***3160091103*** **Data:** ***05/11/2015***

Endereço do(a) Examinado(a): ***Rua João Paulo II, 1380, a - Nossa Senhora da Apresentação - Natal - RN - CEP 59114-150***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***ITEP /RJ***] ***2.493.909***

Data local do exame: [***19/07/2016***] ***Natal*** [***RN***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. FRATURA EXPOSTA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA DIREITA. . AO EXAME, MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA MODERADO E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO. HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA E PANTURRILHA DIREITAS.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
RECEBEU FIXADOR EXTERNO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [***X***] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro inferior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° 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

( ) "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior direito

% do dano: ( ) 10% residual (***X***) 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

Região Corporal (Sequela):
_____

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Rosa Maria Vaz dos Santos

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160091103 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/11/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. FRATURA EXPOSTA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA MODERADO E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO. HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA E PANTURRILHA DIREITAS.

Resultados terapêuticos: RECEBEU FIXADOR EXTERNO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/07/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosa Maria Vaz dos Santos

CRM do médico: 2109

UF do CRM do médico: RN

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**

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: LUCIA ANTUNES CHAGAS

CRM do médico: 52.95117-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Lucia Antunes Chagas