

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
 119.510.714-56 ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

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: 119.510.714-56  
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:  
 DOR LA LOTAMENTO SANTO ANTONIO 26  
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:  
 SANTO ANTONIO DO PÓTIGAR SÃO GONÇALO DO AMARANTE RN 59280-006  
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 10849-87063749

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:

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR      | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00        |

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

|  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ausinalte uma opção)          | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)                                      | Nome do BANCO: _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |   |

AGÊNCIA: 3470 CONTA: 00009545 (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varascer):  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim pais/avós vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

*Aline Raisse de Oliveira Alves*

+1 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

# 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: 30/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03470

CONTA: 00000009545-8

---

Nr. da Autenticação D1DA0D2C4EC5CA21

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



COSERN

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Menezes, 153, Bairro, Natal - RN - CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 200554199-1 | www.caren.com.br

MAIOR PRO CLEMENTE

ANITA DO GARMON DE CHI MEIDA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO SANTO ANTONIO 25

CBF 806 853 4PM 83

SANTO ANTONIO DO POTENGI/AREA URBA  
SAO GONCALO DO AMARANTE RN  
62000-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
**B1 RESIDENCIAL**

| Nº DA-NDA/PROM | DATA       | PERÍODO    |
|----------------|------------|------------|
| 032833507      | UNICA      | 15/11/2019 |
|                |            |            |
| 15/11/2019     | 3000785197 | 1396148    |

|                           |                              |
|---------------------------|------------------------------|
| <b>DATA EMISSÃO</b>       | <b>PERÍODO</b>               |
| <b>0856476758</b>         | <b>11/2019</b>               |
| <b>DATA DE VENCIMENTO</b> | <b>DESCRIÇÃO PODEMOS LHE</b> |
| <b>19/11/2019</b>         | <b>11/12/2019</b>            |
| <b>ESTIM. A PAGAR HJ</b>  | <b>63,86</b>                 |

中華人民共和國的《中華人民共和國電子商務法》

|                                 | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|---------------------------------|------------|-------------|-------------|
| Consumo Água (Wh)               | 73.000000  | 0,66578437  | 48,80       |
| Acréscimo Bandeira AMARELA      |            |             | 0,83        |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA     |            |             | 1,36        |
| Contrib. Ium. Pública Municipal |            |             | 12,87       |

TOTAL DA FATURA

四〇九

www.nature.com/scientificreports/ | (2022) 12:1030 | Article number: 1030

THE BOSTONIAN

Digitized by srujanika@gmail.com

| RESUMO DE INSCRIÇÕES |        | RESUMO DE RECOLHIMENTOS |       |                     |              |
|----------------------|--------|-------------------------|-------|---------------------|--------------|
| Mes/Ano              | Quant. | VALOR DE<br>CALCULO     | %     | VALOR DO<br>RECOLH. | Variação (%) |
| NOV/19               | 73     | 10,69                   | 18,00 | 9,18                | -            |
| OUT/19               | 96     | 10,69                   | 1,00  | 9,54                | -            |
| SET/19               | 100    | 10,69                   | 4,98  | 51,89               | -            |
| AGO/19               | 105    | 10,69                   | 4,98  | 51,89               | -            |
| JUL/19               | 102    | 10,69                   | 4,98  | 51,89               | -            |
| JUN/19               | 97     | 10,69                   | 4,98  | 51,89               | -            |
| MAR/19               | 91     | 10,69                   | 4,98  | 51,89               | -            |

COSERN

DADOS DO CLIENTE

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

CPF: 702 651 364-53

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

| DATA DE INSCRIÇÃO | TIPO  | PERÍODO    |
|-------------------|-------|------------|
| 07/05/2008        | ÚNICA | 16/08/2015 |
| 16/08/2015        | ÚNICA | 12/08/2015 |

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA SANTA MARIA 22BELA PARNAMIRIM AREA URBANA  
PARNAMIRIM/RN  
59142-002

| DATA DE INSCRIÇÃO | MESMO      |
|-------------------|------------|
| 23/08/2019        | 08/2019    |
| 16/08/2019        | 16/08/2019 |

131,89

## DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

| CONSUMO ATÉ 05/08/2019                   | QUANTIDADE  | PERÍODO   | VALOR (R\$) |
|--|-------------|-----------|-------------|
| Acrecimo Bandeira AMARELA                | 187.000,000 | 0,0004735 | 108,45      |
| Acrecimo Bandeira VERDEZUL               |             |           | 1,55        |
| Carro de Ilum Publica Municip            |             |           | 4,41        |
| Multa por atraso-IP 025754457 - 14/08/19 |             |           | 13,38       |
| Juros por atraso-IP 025754457 - 14/08/19 |             |           | 2,14        |
| Atualização IOPMAF 025754457 - 14/08/19  |             |           | 1,38        |
|  |             |           | 0,92        |

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 SET 2019

GENTE SEGUROADORA S/A  
R. 604 Poco das 2715 - Lote 4 - Natal - RN

## TOTAL DA FATURA

| IPM     | TIPO DA<br>PERÍODA | DATA<br>INÍCIO | DATA<br>FIM | DATA<br>ULTIMA<br>ALTERAÇÃO | DATA<br>ATUAL | IPM<br>DATA | CONSTANTE | ALAVANCA | CONSUMO (R\$) |
|---------|--------------------|----------------|-------------|-----------------------------|---------------|-------------|-----------|----------|---------------|
| 2000002 | CAT                | 2019-08-01     | 2019-08-31  | 2019-08-31                  | 2019-08-31    | 2019-08-31  | 1,0000    | 107,00   | 131,89        |

## DETALHAMENTO DA FATURA

| MESMO IPM | TIPO DE<br>CALCULO | %     | VALOR DO<br>IMPORTE | COMPONENTES DO CONSUMO              |
|-----------|--------------------|-------|---------------------|-------------------------------------|
| AGO19 107 | ICMS               | 11,01 | 30,00               | Geração Energia 00 41,00 30,0%      |
| AGO19 107 | PIS                | 11,01 | 3,00                | Transmissão 00 4,22 3,0%            |
| AGO19 107 | COFINS             | 11,01 | 3,07                | Distribuição/Gerador 00 30,00 23,0% |
| AGO19 107 |                    |       | 3,07                | Parceria Energia 00 7,20 5,0%       |
| AGO19 107 |                    |       |                     | Distribuição Setorial 00 0,10 0,1%  |
| AGO19 107 |                    |       |                     | Total 00 55,32 41,0%                |
| AGO19 107 |                    |       |                     | IPM 00 114,00 80%                   |

## INFORMAÇÕES REFERENTES

Este documento é resultado da integração entre o sistema de cobrança da Companhia Energética do Rio Grande do Norte e o sistema de gerenciamento de sinistros da Gente Seguradora S/A. O consumo constante no período de 01/08/2019 a 31/08/2019 é de 1,0000. O consumo constante é o valor que permanece constante ao longo do período de consumo. O consumo constante é calculado com base na média dos consumos diários. O consumo constante é usado para calcular o consumo médio diário. O consumo constante é usado para calcular o consumo médio diário.

## ATENÇÃO! O CONSUMO DIFERENCIADO

O consumo diferenciado é o consumo que é calculado com base na média dos consumos diários. O consumo diferenciado é usado para calcular o consumo médio diário.

O consumo diferenciado é o consumo que é calculado com base na média dos consumos diários. O consumo diferenciado é usado para calcular o consumo médio diário.

| PERÍODO | VALOR | LARGO | LEITO | REF | PERÍODO         | VALOR | LARGO | LEITO | REF |
|---------|-------|-------|-------|-----|-----------------|-------|-------|-------|-----|
| DE      | 0,00  | 0,00  | 0,00  |     | TERMO<br>MENSAL | 0,00  | 0,00  | 0,00  |     |
| PC      | 1,00  | 0,00  | 0,00  |     | TERMO<br>MENSAL | 0,00  | 0,00  | 0,00  |     |
| SC      | 2,00  | 0,00  | 0,00  |     | TERMO<br>MENSAL | 0,00  | 0,00  | 0,00  |     |

07/08/2019 08/08/2019 23/08/2019 TOTAL FABRICANTE 131,89  
838500000001-6 3189038407-9 00499124320-2 01988726963-2

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 AGO 2019

GENTE SEGUROADORA S/A  
R. das Palmeiras 2185 - Lote 4 - Natal - RNÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGUROADORA S/A  
R. das Palmeiras 2185 - Lote 4 - Natal - RNÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 SET 2019

GENTE SEGUROADORA S/A  
R. das Palmeiras 2185 - Lote 4 - Natal - RN

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todos as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.513/98.

Pelo exposto, eu ROBINSON LUS VITAL BRAIANO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 702.851.364-53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ALINA RAISSE OLIVEIRA ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.550.714-50,

do sinistro de DPVAT cobertura VALORIZ da Vítima ALINA RAISSE OLIVEIRA ALVES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.550.714-50, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

|           |                         |         |           |  |
|-----------|-------------------------|---------|-----------|--|
| Endereço: | <u>Rua: SANTA MARIA</u> | Número: | <u>22</u> | Complemento:   |
| Bairro:   | <u>SENADOR RAIMUNDO</u> | Cidade: | <u>RN</u> | Estado:  |
| E-mail:   |                         |         |           | CEP:<br><u>59342-682</u><br>Tel.(DDD):<br><u>(084) 9.8706.3749</u> |

Local e Data: NATAL 05/03/2019

ROBINSON LUS VITAL BRAIANO

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**  
SAMU 192 /RN

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN foi encontrada a ocorrência nº **182495/1** do dia 26/10/2019, com as características informadas pela vítima ou o representante legal de **ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES** 24 anos, conforme ficha anexa. Porém, no momento do acidente não foi possível a identificação da vítima por nossa equipe.

Natal, 03 de dezembro de 2019.

P/ Filho da Sanya Wagner

Ubiratan Wagner de Sousa  
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN  
Matrícula:210991-3



END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 – BARRO VERMELHO - NATAL/RN  
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS  
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5321

## FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 182495/1

Data: 26/10/2019

## CHAMADO

TARM: ANDREZA GOMES FERNANDES

Rádio Operador: LUCIANO FERREIRA BARBALHO

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: USB 29 (SÃO GONÇALO I)

Médico Regulação: ROSÂNGELA KALYNE SANTOS VERAS DE MORAIS

Médico Cena: NATALIA DE SOUZA GUEDES

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: SANDRO PAIVA PEREIRA GOMES - CONDUTOR DE VEÍCULO DE  
EMERGÊNCIA  
FRANCISCO CANINDÉ DA SILVA - TECNICO DE ENFERMAGEM

| * REGULAÇÃO<br>MEDICA | TROTE | INFORMAÇÃO | ENGANO | QUEDA DA<br>LIGAÇÃO | CONTATO COM EQUIPE<br>SAMU | TRANSF./INTERNAÇÃO |
|-----------------------|-------|------------|--------|---------------------|----------------------------|--------------------|
|-----------------------|-------|------------|--------|---------------------|----------------------------|--------------------|

Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

Nome do Solicitante: TIAGO

Telefone: (84) 98758-6271

Nome do Paciente:

4 VITIMAS

Idade: \*

0 ANO(S) ▼

Sexo: \*

NÃO INFORMADO ▼

Endereço: NA DESCIDA DE REGOMOLERO EM FREnte A QUITANDA MM CAMPOS

Nº: EM VP

Bairro:

Outro Bairro: BAIRRO REGOMELIRO

Referência/Complemento:

Unidade de Destino Transferência: HÓSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: DR KESSIA RECEBE O PACIENTE NO PS CLÓVIS SARINHO

Queixa Primária: COLISÃO MOTO X MOTO

Quem Soltou:

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

26/10/2019 18:35:58 - Dr(a). ROSÂNGELA KALYNE SANTOS VERAS DE MORAIS

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISAO MOTOXMOTO, 04 VITIMAS, 2 VITIMAS COM FRATURAS EXPOSTAS EM BRAÇO TODAS CONSCIENTE ORIENTO NAO  
MOVIMENTAÇÃO DAS VITIMAS E SINALIZAÇÃO DO LOCAL.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB, USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apóio:

## OBSERVAÇÕES

Data: 26/10/2019 18:41:12 Usuário: (RÁDIO OPERADOR) USUÁRIO R.O. PARA TREINAMENTO

Observação: Controle de frota: USB 29 NO QTI DA OC

Data: 26/10/2019 19:25:09 Usuário: (TARM) ELAINE COUTO ROLIM BARBOSA

Observação: REGULADO COM DRA KETSIA NO POLITRAUMA DO PSCS. 32327576

Data: 26/10/2019 20:14:44 Usuário: (RÁDIO OPERADOR) LUCIANO FERREIRA BARBALHO

Observação: Controle de frota: DR KESSIA RECEBE O PACIENTE NO PS CLÓVIS SARINHO

## HORÁRIOS DO CHAMADO

| Chamado:<br>26/10/2019<br>18:33:52<br>Saída Local:<br>26/10/2019<br>19:32:34 | Regulação Médica:<br>26/10/2019<br>18:35:58<br>Chegada Destino:<br>26/10/2019<br>20:07:27 | Solicitação VTR:<br>26/10/2019<br>18:40:50<br>Liberação Destino:<br>26/10/2019<br>20:14:37 | Saída VTR:<br>26/10/2019<br>18:41:10<br>Liberação VTR:<br>26/10/2019<br>20:14:38 | Chegada Local:<br>26/10/2019<br>19:32:29 |
|--|---|--|--|--|
|--|---|--|--|--|

J.M





Admissão: 26/10/2019 20:00:16



PAG 1 de 1

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 149228 - ALINE RAISSA DE OLIVEIRA ALVES (24 a 6 d)

Nascimento: 20/10/1995 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: CPF: 11951071450 Prof:

Mãe: MARIA DO CARMO DE OLIVEIRA FEITOSA Pai:

Logradouro: SAO JOSE OPERARIO, 1

CEP: 59297759 Bairro: SANTO ANTONIO DO POTENGI Cidade: SAO GONCALO DO AMARANTE

Telefone: 84 987369836

Compl:

Motivo: MOTO X MOTO - COLISÃO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

Empresário:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 26/10/2019 19:56:09

| HORA   | P.A.   | HGT | SatO2 | FiO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS |
|--------|--------|-----|-------|------|------|------|-------|---------|-----|
| 120X60 | ORTUGO | 97% |       |      | 28   | 86   |       | 15      |     |
|        |        |     |       |      |      |      |       |         |     |
|        |        |     |       |      |      |      |       |         |     |
|        |        |     |       |      |      |      |       |         |     |

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA**

Queixas: COLISAO MOTO/MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO ES ESCORIAÇÕES NO ANTEBRAÇO

Hora: 20:05h

Paciente vítima de colisão moto x moto há 1 hora, cair por SAMU, seu protetor, entava em uso de capacete e deu a garupa e bateu violentemente, apresentando dor no M.S.D. Nega ferida de consciência, náuseas, vômitos

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

A: Lgs semelhante, s/ lesões.

B: HR +, b/interval. s/ RA.

C: FC: 76 Lat: 98%.

D: Glasgow 15

E: Escoriações em M.S.D.

**OUTRAS OBSERVAÇÕES:**

Abaixo pode ser alterado

ADMISSIONE DA ORDEM DE ADMISSÃO  
ATAS

ADMISSIONE DA ORDEM DE ADMISSÃO  
ATAS

ADMISSIONE DA ORDEM DE ADMISSÃO  
ATAS

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Círculo Hospitalar de Epidemiologia

29/11/19

2

A

B

C

D

E

CIRURGIA GERAL - AREA DE

A(ALÉRGIAS) Nenhum

M(MEDICAÇÃO EM USO) \_\_\_\_\_

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) \_\_\_\_\_

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) \_\_\_\_\_

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) \_\_\_\_\_

V(PASSADO VACINAL) Imunizadas

## EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

- 1) Raio X de torax AP
- 2) Raio X de H/SQ AP e perfil.
- 3) Raio X de pulmão D AP e obliquos
- 4) Raio X de punha C AP e obliquos

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Ketisia Soárez  
CRM/RS 9143

OUTROS

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Em tempo, 20:35h, Raio X de tórax sem evidências de fratura em ambos costais e sem presença de hemônico ou pneumotórax.

C1 - Alta de Ortopedista

F Dr. Raimundo

## ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

|                |                    |              |                  |
|----------------|--------------------|--------------|------------------|
| ESPECIALISTA 1 | <u>Ortopedista</u> | HORA: 20:35h | DATA: 26/10/2019 |
| ESPECIALISTA 2 |                    | HORA:        | DATA:            |
| ESPECIALISTA 3 |                    | HORA:        | DATA:            |

## DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA / / HORA

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

OBITÓ: DATA / / HORA

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

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

## ANAMNESE

Paciente com história de lesão de mola apresentando dor em ombro e cotovelo.

## EXAME FÍSICO

## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

## EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx de Ombro

Rx de Cotovelo

## CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Traçar 100mg f. Dantigo, 01-00, 500ml copo  
Decadron 4mg/ml 2,5 ml +, Sintax 500ml

## LABORATÓRIO

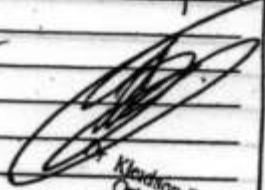
## ANTERIOR DA Queda

## OUTROS

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

20/4/06

*CONFERE COM ORIGINAL*  
NATAL 01/04/06  
MAT. N° 152013  
SAME



Assinatura e Carimbo do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE:

## Nº do Boletim de Atendimento:

## TERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

## LIDA:

DATA: / / HORA:

cisão Médica À Revelia 

Transferido para:

## BITO:

DATA: / /

HORA:

lregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P. 

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

## ESTINO DO PACIENTE:

## Nº do Boletim de Atendimento:

## ERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

## DA:

DATA: / / HORA:

cisão Médica À Revelia 

Transferido para:

## TO:

DATA: / /

HORA:

lregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P.

1 - LOROTINTO P/ SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALE A RESPONSIDADE DA VÍTIMA; 2- AVALE RESPIRAÇÃO NORMAL, OUVIR, SENTIR; 3- SE APRENDER, APÓLICE 2 VENTILADORES DE RESPIRAÇÃO; 4- AVALE COMPRESSEAS TÉRMICAS; 10MINUTOS; 5- SE APRENDEU, APÓLICE 1 DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MASCARILLA, 1- AVALE PALSO CAROTÍDICO, OU FEMURAL, IBRANQUEJAR, EM LACTENTE; 1- SE PULSO ABSOLUTO, 1- AVALE RITMO, E REINICIE RCP; 6- BILHETE NOURO; 7- AVALE RITMO; 8- SE APRENDEU, APÓLICE 1 CIRCUITO 30/200 P/ DEA BIFÁSICO, E REINICIE RCP; 9- BILHETE NOURO; 10- AVALE RITMO; 11- AVALE RITMO; 12- PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MELHOR, 13- COLOCAR A VÍTIMA SE MELHOR.

#### **ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:**

## **ANAMNESE**

EXAME FÍSICO

#### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

|  |   |
|--|---|
| <b>EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***</b> | <b>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</b> |
| SORTUGOS   |   |
| MIGRAÇÕES DO ENSOCATOMA                                | <b>OUTROS</b>                           |

#### **CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)\***

**Assinatura e Carimbo do Responsável**

## **ANOTACÕES DE ENFERMAGEM**

**Assinatura e Carimbo do Responsável**

ESTUDOS DA ESCOLA DE EDUCAÇÃO

|   |   |
|---|---|
| <b>Abertura Ocular (AO)</b>   | 4 |
| Otros se abren espontáneamente.   | 3 |
| Otros se abren no comando verbal. [Nós comandos: como o despertar de una persona informada, se asiste por moro 4, se dice 1.] | 2 |
| Otros se abren por estímulo doloroso.   | 1 |
| Otros n/o se abren.   | 0 |
| <b>Melhor resposta verbal (MRV)</b>   |   |
| Identifico. [Responde correctamente a preguntas sobre su nombre, dónde resides, etc., o pregunta, a dato o etc.]              | 5 |
| Confundido. [Responde a preguntas sencillas, pero till algunas desorientación o confusión]                                    | 4 |
| Patente Interrogaciones [Pero interroga, pero con trazo conversacional.]  | 3 |
| Boca Intelectual. (Comiendo sin articular palabras.)  | 2 |
| Inconsciente.   | 1 |
| <b>Melhor respuesta motriz (MRM)</b>  |   |
| Obedice a ordenes verbales. [Paz unless disruptiva quando lhe é ordenado.]  | 4 |
| Loculación sencilla dolorosa.   | 3 |
| Retracto inapropiadamente a dolor.  | 2 |
| Padreza é dor. (Descripción).   | 2 |
| Padreza extensora é dor. (Descripción).   | 1 |
| —   | 0 |

**"ESCALA DE TRIAGEM DO**

| DISCRIMINADOR | PONTUAÇÃO |
|---------------|-----------|
| 13 - 158      | = 4       |
| 8 - 129       | = 3       |
| 5 - 52        | = 2       |
| 4 - 30        | = 1       |
| 30            | = 0       |
| 18 - 299      | = 4       |
| >299          | = 3       |
| 8 - 30        | = 2       |
| 1 - 30        | = 1       |
| 30            | = 0       |
| >300          | = 4       |
| 78 - 892      | = 3       |
| 55 - 579      | = 2       |
| 1 - 499       | = 1       |
| 99            | = 0       |

**CLASSIFICAÇÃO DO TCE.  
(ATLS 2003)\***

83 - 88grave (necessidade de intubação imediata);  
89- 93 moderado;

\* Referência: TEASDALE G., JENNET, B. Assessed of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974; 2: 849-52.

"A excesso de peso pode ser a causa de obesidade e que pode levar a doenças como diabetes e hipertensão arterial. No Exame Quantitativo de Feces, é possível detectar esse excesso de gordura no intestino, que pode ser causado por obesidade ou excesso de gordura na alimentação."

| SEM<br>DOR | LEVE | Moderada | Intensa | Pic<br>Pico |
|------------|------|----------|---------|-------------|
| 0          | 1    | 2        | 3       | 4           |

<sup>10</sup>Exceito de Trauma Revisted [12]. Elas indica de sobrevida para pacientes de trauma fechado (Fracturas Autopós de Champs H.R. Basson, W.L. Cooper, et al; A revisão of the Trauma surv. J. Trauma 29(3) 634, 1989).



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

RELATÓRIO DE  
HISTÓRIA CLÍNICA  
E EXAME FÉSICO

NOME: ALINE RAISSE DE O. ALVES

LEITO:

IDADE:

Nº REGISTRO:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO AMISSIONAIS

27/10/2019 VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIR

AO EX: EGB, CONSCIENTE, EUPNEICO

OMBRO DIR: DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO

RX: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL, COM DESVIO, 3 PARTES

HD: FRATURA ÚMERO PROXIMAL DIR (S42.2)

CD: INTERNAÇÃO

• NIR

Dr. Marcelo Mendes de Oliveira  
Cirurgião do Hospital do Orfanato  
GRANDE RIO 275 - Natal



Nº FIA: 10220 /2019

Prontuário: 1190294

Paciente: 149228 - ALINE RAISSA DE OLIVEIRA ALVES

Cartão SUS: CPF: 11951071450

Idade: 24 anos 6 dias Sexo: F Etnia: PARDA

Nome da mãe: MARIA DO CARMO DE OLIVEIRA FEITOSA

Nome do pai:

Rua/Av: SAO JOSE OPERARIO

Complemento:

CEP: 59297759

Telefone: 84 987369836 84 987369836

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: ALINE RAISSA DE OLIVEIRA ALVES -

Usuário: FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ

Dt Nasc: 20/10/1995

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nº: 1

Bairro: SANTO ANTONIO DO POTENGI

Cidade: SAO GONCALO DO AMARANTE

Unidade: PS - ORTOPEDIA Leito: 1024

Admissão: 26/10/2019 22:31:12

Óbito:

Dias de permanência

DIAGNÓSTICO INICIAL: S42.2 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO  
408020334 -

DIAGNÓSTICO FINAL: F+ UNEZ Pox ①

RESUMO DE ALTA

YINMM LE QADT LE MO D TOMMA ①  
DMQ ①

Adix pos dudine escom  
DMQ ① Dr

Ex Fractura

2: INTERNACAO  
Via

Dr. Mariana Oliveira  
Cirurgião-Publico  
CRM-RN 0758

NATAL, 26 de Outubro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

REVISADO  
Data: \_\_\_\_\_  
Assinatura

Identificação

Enfermeração: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ UTI: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Data de admissão: 26/10/19 Alta: / /  
 Nome: Aline Raisa de Oliveira Alves Naturalidade: \_\_\_\_\_  
 Idade: 24 Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: / /  
 RG: \_\_\_\_\_ Estado Civil: Solteira Nível de Instrução: E. médio  
 Filiação: Pai: \_\_\_\_\_  
 Mãe: \_\_\_\_\_  
 Endereço: R. São José Operário, 01 - 57º Antônio do Pitinga Cidade: São Gonçalo do Amarante  
 Telefone: 98736-9836 ( ) Residencial ( ) Trabalho ( ) Recado  
 Contato: Marcos Outros telefones: \_\_\_\_\_  
 Composição familiar: Reside com companheiro, 03 filhos e mãe.  
 Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Vendedora ambulante Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim  
 () Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado  
 Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPS () SAD

Intimação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa: \_\_\_\_\_

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU  
 () Socorrido em via pública () Outros meios \_\_\_\_\_  
 () Encaminhado: \_\_\_\_\_ Hospital de origem: SGA

CONFIRA COM ORIGINAL  
 NATAL, 01/10/19  
 MAT. 01/10/19  
 ASSINATURA

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? \_\_\_\_\_  
 Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental  
 Responsável pelo paciente: Marcos Félix dos Nascimentos  
 Parentesco: Companheiro Telefone: 98736-9836  
 Endereço do Responsável: \_\_\_\_\_

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)  
Paciente admitido aos cuidados da ortopedia, lesão no ombro  
Companheiro orientado quanto as normas da Unidade; solicitado  
as cópias dos documentos. SAIULS  
FS incompleto por falta de RG  
 Sonidelany G. D. Firmino da Silva  
 Assistente Social  
 Saida: GRESS 2509

Óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. \_\_\_\_\_  
 Alta hospitalar () Transferência () Destino: \_\_\_\_\_  
 Orientações/Encaminhamentos: \_\_\_\_\_

Identidade de trabalho?

Pessoal/auxiliar/recepcionista

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **149228 ALINE RAISSA DE OLIVEIRA ALVES**

Prontuário:

CNS: Nascimento: 20/10/1995

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA DO CARMO DE OLIVEIRA FEITOSA

Pal:

Endereço: RUA SAO JOSE OPERARIO, 1 - SANTO ANTONIO DO POTENGI - SAO GONCALO DK Fone: 987369836 /

Município: SAO GONCALO DO AMAR/ Código Municipal IBGE:

241200 UF: RN

CEP: 59297-759

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 30286 / 2019

## JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIR.

AO EX: EGB, EUPNEICA, CONCIENTE

OMBRO DIR: LIMITAÇÃO, EDEMA, BOA PERCUSÃO DISTAL, SEM DEFICIT

RX: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIR

INDICADO CORREÇÃO CIRÚRGICA (FRATURA FECHADA)

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

ANAMNESE + EX FÍSICO + RX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S42.2 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO\*408020334.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESAO FI

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

UMERO PROXIMAL, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

 Faz Antibioticoterapia Diabetes Hipertensão Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Soliditante / Assitente:

MARCILIO MARIANO DE OLIVEIRA

Dr. Marcilio Mariano de Oliveira  
Cirurgião de Ortopátria e Coloproctologista  
CRM/RN 4488

CRM: 4788 / RN

Data da Soliditação 26/10/2019

## PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

- ( ) Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_ Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_  
 ( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_ CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_  
 ( ) Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

Número da Autorização:

Data da Autorização: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
**HOSPITAL DR. JOÃO MACHADO**  
CNPJ: 08.241.754/0108-84  
Av. Alexandrino de Alencar, 1700, Tirol, Natal/RN - CEP: 59.015-350

## FICHA DE ADMISSÃO

|  |  |              |
|--|--|--------------|
| LEITO:<br>37                                       | NOME DO PACIENTE:<br><i>Aline Raissa de Oliveira</i> | IDADE:<br>24 |
| DIAGNÓSTICO(S):<br><i># Único proximal direito</i> | DATA DE ADMISSÃO:<br><i>31, 10, 19</i>               |              |
| ALERGIA(S):<br><i>neg</i>                          |  |              |

## HISTÓRICO DE ADMISSÃO

HISTORICO DE ADMISSAO

Pof. deu entrada no sefor (cm), proveniente do HNG desde 26/10, com fratura de Urvig (1) por acidente automobilistico. nega DM, HAS e alergia aos medicamentos. No exame fisico, consciente, orientada, em Os ambiente, queixando-se de dores na regiao da hartinha, ainda com levarradas nos mmss + mte. Sono profundo (dor), diafa preservada. Eructacoes, intestinais + elimancais normais presentes. Consegue ambular. Segue os cuidados da equipe.

On tempe, com lesioes na regiao das organos Dr. Henrique Tonello  
Data: 31/10/2014

51 quicker

*Ana Luisa Gómez Guerra Valencia*  
COREN-RN-222.031 - ENF

~~00700711  
Jones~~

**EXAMES AGENDADOS / SOLICITADOS / PARECERES**

Tuesday PTA + Race X - no Pres.

## The Reservoir - the Plant

- 02/11 - 6x lab (URGENTE) ok! No print

- LAS ( $\theta = 35^\circ$  calculated) - OK

© 2009 by Pearson Education, Inc.

Ex WAB p/ 08/11 - OK no plant

- Hemagglutinin of 35-11. -0 k (no parent)

**CONFERE COM ORIGINAL**  
NATAL, 04/12/19  
MAT. N° 15  
**SAME**  
**OT**  
**ASSINATURA**



Paciente: 149228 - ALINE RAISSA DE OLIVEIRA ALVES

BAA: 4-55712/2019

Idade: 24 ano(s) 0 mes(es) e 6 dia(s)

Nr. Arquivo:

Peso:

Prescrição N°: 1

Data Atendimento: 26/10/2019 20:00

Início Validade: 26/10/2019 22:20 até 27/10/2019 18:59

Hospital / Unidade: WG - POLITRAUMA

Sala: POLITRAUMA

Convênio: SUS/GRATUITO

Médico Resp.: 1-MEDICO PLANTONISTA

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

26/10/2019 22:21:23 - ORTOPEDIA

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIR.

AO EX: EGB, EUPNEICA, CONCIENTE

OMBRO DIR: LIMITAÇÃO, EDEMA, BOA PERFUSÃO DISTAL, SEM DEFICIT

RX: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIR

CD: TIPOIA

INTERNAÇÃO

HD: Fx ÚMERO PROXIMAL DIR (S42.2)

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

| MEDICAMENTO  | Quantidade | Und. | Via | Intervalo | Velocidade | Horários |
|--|------------|------|-----|-----------|------------|----------|
| 1 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML                    | 1          | AMP  | IV  | DOSE UNI  |            |          |
| PROCEDIMENTO   | Quantidade | Und. | Via | Intervalo | Velocidade | Horários |
| 2 - TALA GESSADA MEMBRO SUPERIOR<br>Obs.: TIPOIA MSD | 1          |      |     |           |            |          |

Dr. Marcilio Mariano de Oliveira  
CRM/RN 4788  
CRM/CE 1719

MARCILIO MARIANO DE OLIVEIRA  
CRM-4788/RN



## Ricardo Gonçalves da Silva

---

**De:** Ricardo Gonçalves da Silva  
**Enviado em:** segunda-feira, 20 de abril de 2020 16:57  
**Para:** 'dpvat.portoalegre4@uniaoseguradora.com.br'; 'DPVAT/JULIANA'  
**Assunto:** SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA  
**Anexos:** UNIAO SEGURADORA - DEP 280.xlsx

**Prioridade:** Alta

Prezados(as),

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independem de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

**“Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”**

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail [consultas.dpvat@seguradoralider.com.br](mailto:consultas.dpvat@seguradoralider.com.br), devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Atenciosamente;  
Ricardo Gonçalves

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

[ricardo.goncalves@seguradoralider.com.br](mailto:ricardo.goncalves@seguradoralider.com.br)  
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4748

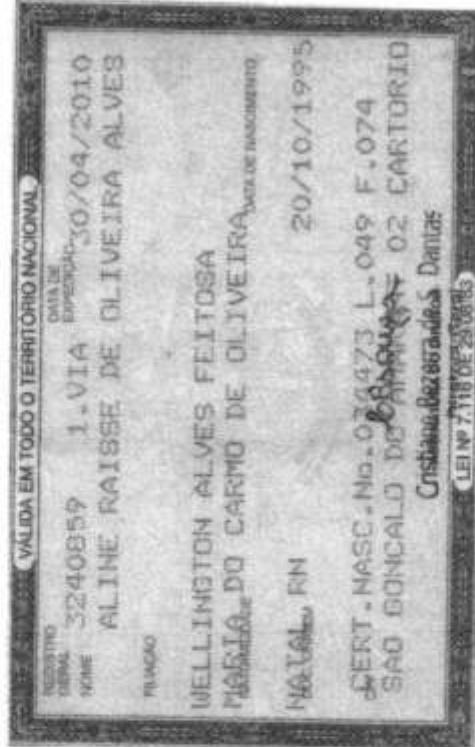


[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

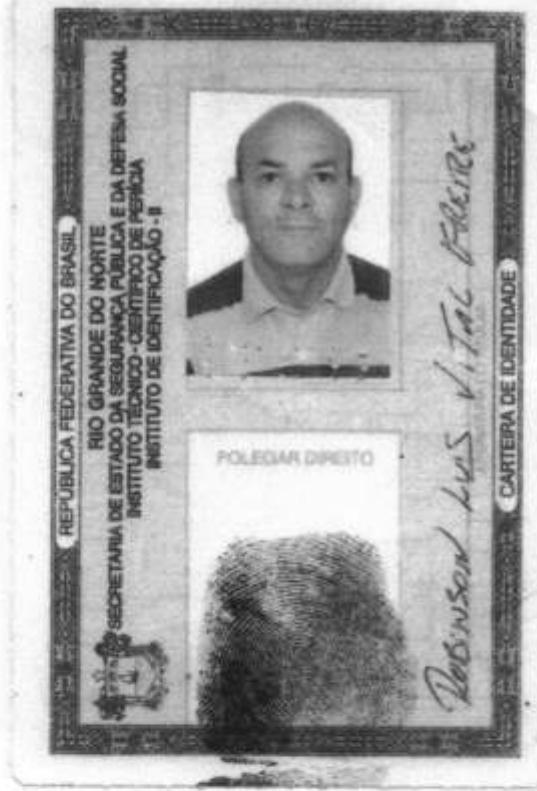
Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)



**Aline Raisse de Oliveira Alves**





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIÊNCIAS

DETAN - RN

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA:  COD. RENAVAM:  DATA REC.:

PERÍODO:

2019

DENATRAN

Nº 014529475065

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

NOME:

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO MÉSOP

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

119.510.714-50

Q352717 /RN

PLACA:

Q352717

OFF: CNPJ:   
PLACA ANVU:   
ESPECIE TIPO:

COMBUSTIVEL:

MARCA / MODELO:

ANO FAB:  ANO MOD:

2015 2015

3000/C9 125 FAN KS

CAP / PTO / CIL:

CATEGORIA:

02V/124 CILINDRADA:

COTA ÚNICA:

VEIC. COTÁ UNICA:

VEH / COTÁ/R:

INSCRI:

119.510.714-50

119.510.714-50

119.510.714-50

119.510.714-50

119.510.714-50

119.510.714-50

119.510.714-50

119.510.714-50

119.510.714-50

119.510.714-50

119.510.714-50

119.510.714-50

119.510.714-50

119.510.714-50

119.510.714-50

119.510.714-50

119.510.714-50

119.510.714-50

RN Nº 014529475065 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

</

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434852/19

**Vítima:** ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

**CPF:** 119.510.714-50

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/10/2019

**Titular do CPF:** ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### ROBINSON LUIS VITAL FREIRE : 702.851.364-53

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES : 119.510.714-50

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019  
Nome: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE  
CPF: 702.851.364-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019  
Nome: WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA  
CPF: 017.220.804-18

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA



# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 08h às 20h  
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200 226 772

Data da solicitação: 15/07/20  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: HELIA MARIA BORGES TIMÓTEO

CPF do beneficiário: 026.566.704-03

Nome do solicitante: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

CPF do solicitante: 702.855.364-53

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (085) 9-8706379 Tel. Comercial: ( )  
ddd

Tel. Residencial: ( )  
ddd

E-mail:

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

- DISCORDO DA NEGATIVA  DISCORDO DO VALOR RECEBIDO  DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCRIVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

REV. ROBINSON LUIS VITAL FREIRE, PROCURADOR DE JUSTIÇA, HELIA MARIA BORGES TIMÓTEO VENHO SOLICITAR A SEGURADORA LIDER QUE SEJA REANALISANDO O PROCESSO DA BENEFICIÁRIA POIS A INDENIZAÇÃO RECEBIDA NAO É COMPATÍVEL CONFORME A SEGURO QUE SE ENCONTRA A VITIMA BREM COMO NAO È COMPATÍVEL PELA TABELA DE PERDA DEFINITIVA DE UM DOS DESES DA MÃO POIS FOI PAGA O VALOR DE 945,00 REAIS QUANDO A TABELA DIZ QUE È 1350,00 REAIS SE FOR O CASO SEJA AGENDADA UMA PÉRIODA MRSIGN PARA COMPROVAÇÃO DA SÉGUROLA DEFINITIVA DOS FATES DESTA JÁ ESPERO DURANTEMENTE DA REANALISE DO PROCESSO.

Local e Data

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

## IMPORTANTE

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que seu endereço inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá recorrer pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, o seu pedido (a seu rogo).

## VALORES DEFINIDOS

A nova tabela do DPVAT estabelece quantias a serem pagas como indenização por acidentes de trânsito conforme a parte do corpo afetada. O teto é de R\$ 13.500 e os demais são porcentagens desse valor.

**R\$ 6.750 (50%)**

Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho.

**R\$ 3.375 (25%)**

Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedos polegar.

**R\$ 3.375 (25%)**

Perda completa da mobilidade um joelho, tornozelo ou quadril.

**R\$ 1.350 (10%)**

Perda completa de qualquer um dos dedos do pé.

**R\$ 3.375 (25%)**

Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral, exceto o sacral.

**R\$ 1.350 (10%)**

Perda integral (retirada cirúrgica) do baço.  
Perda de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos.

**R\$ 1.350 (10%)**

Perda completa de qualquer dos dedos da mão, exceto o polegar.

**R\$ 9.450 (70%)**

Perda de um dos membros inferiores.

**R\$ 6.750 (50%)**

Perda de um dos pés.

**R\$ 13.500 (100%)**

- Perda de ambos os membros superiores ou inferiores.

- Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral).

- Perda de um membro superior e de um membro inferior.

- Lesões neurológicas: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfínteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica.

- Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais comprometendo funções vitais.

- Perda de ambas as mãos ou de ambos os pés.

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190679377      **Cidade:** São Gonçalo do Amarante      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES      **Data do acidente:** 26/10/2019      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/04/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO (PG 8)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR(P.13)  
ALTA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO

**Documentos complementares:**

**Observações:** PMR

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| <b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>            | <b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b> | <b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b> | <b>% Apurado</b> | <b>Indenização pelo dano</b> |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %  | Em grau leve - 25 %   | 6,25%            | R\$ 843,75                   |
| <b>Total</b>                                  |   |   | <b>6,25 %</b>    | <b>R\$ 843,75</b>            |

## **PROCURAÇÃO PARTICULAR**

## **OUTORGANTE:**

Nome: ALINA BOISSÉ DE OLIVEIRA ALVES  
BRASILIANA Nacionalidade:  
Est.Civil: SOLTEIRO  
Profissão: don lei  
3290-883 Identidade:  
119-570-314-50 CPF:  
Endereço: LOTAMENTO SANTO ANTONIO 26

**OUTORGADO:**

Nome: Dominic Luis Vital Ferreira  
BRAZILEIRO Nacionalidade:  
CASADO Est.Civil:  
1.093 157 Profissão: FUNCIONARIO PÚBLICO  
Identidade:  
CPF: 702.851-364-53  
Endereço: Rua Santa Izabel N° 33

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, afim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos dedireitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a \_\_\_\_\_ vítima

ALINE BRASSE OR OLIVEIRA ALVES

Data do acidente: 26/01/2019 Cobertura: VAL1282

## Local edata

Aline Rainha de Oliveira Alves  
Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434852/19

Número do Sinistro: 3190679377

Vítima: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

CPF: 119.510.714-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/10/2019

Titular do CPF: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Outros

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/07/2020  
Nome: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE  
CPF: 702.851.364-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2020  
Nome: WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA  
CPF: 017.220.804-18

---

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

---

WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA

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

---

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190679377**

**Vítima: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES**

**Data do Acidente: 26/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES**

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



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

---

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190679377**

**Vítima: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES**

**Data do Acidente: 26/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES**

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

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>Documentação médica-hospitalar</b> | Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis. |
|---------------------------------------|--|

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190679377

Vítima: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

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\$ 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003470

Conta: 000009545-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190679377**

**Vítima: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES**

**Data do Acidente: 26/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 24/07/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
 119.510.714-56 ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

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

5 - Nome completo: *ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES* 6 - CPF: *119.510.714-56*  
 7 - Profissão: *DONAL* 8 - Endereço: *LOTAMENTO SANTO ANTONIO* 9 - Número: *26* 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: *SANTO ANTONIO DO PÓTIGAR* 12 - Cidade: *SÃO GONÇALO DO AMARANTE* 13 - Estado: *R-N* 14 - CEP: *59280-006*  
 15 - E-mail: *10849-87063749*

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:

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR      | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00        |

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

|  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ausinalte uma opção)          | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)                                      | Nome do BANCO: _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) |

AGÊNCIA: *3470* CONTA: *0000 9545* (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varascer):  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

*Aline Raisse de Oliveira Alves*

+1 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO GONÇALO DO AMARANTE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 065796/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/12/2019 08:54 Data/Hora Fim: 05/12/2019 09:09  
Delegado de Policia: Luciano Augusto Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de São Gonçalo do Amarante

Data/Hora do Fato: 26/10/2019 18:35

Local do Fato

Município: São Gonçalo do Amarante (RN)  
Logradouro: NA DESCIDA DE REGOMOLEIRO  
Complemento: EM FRENTES A QUITANDA

Bairro: REGOMOLEIRO

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|---|----------------------|
| 1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO | Não Houve            |

ENVOLVIDO(S)

**Nome Civil: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES (VÍTIMA , COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Natal Sexo: Feminino Nasc: 20/10/1995  
Profissão: Não Informado  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Maria do Carmo de Oliveira Nome do Pai: Wellington Alves Feitosa

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN Nº: 23  
Logradouro: RUA SÃO JOSE OPERARIO  
Bairro: NOVO SANTO ANTONIO

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR )**

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN

**Nome Civil: FRANCINALDO COSTA DOS SANTOS (CONDUTOR )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Natal Sexo: Masculino Nasc: 12/08/1984  
Nome da Mãe: TEREZA MARIA COSTA DOS SANTOS Nome do Pai: FRANCISCO DE ASSIS V DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 047.463.264-44

RG - Carteira de Identidade: 002201558

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN Nº: 03  
Logradouro: R EDMILSON FARIA DE MORAES  
Complemento: CASA CEP: 59.290-000  
Bairro: STO ANTONIO DO POTENGI



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO GONÇALO DO AMARANTE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 065796/2019

Nome Civil: DESCONHECIDO 2 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Grupo Veículo                    | Subgrupo Motocicleta/Motoneta             |
| Descrição MOTO                   | CPF/CNPJ do Proprietário 119.510.714-50   |
| Placa QGE2717                    | Renavam 01064689660                       |
| Número do Motor JC41E1F205100    | Número do Chassi 9C2JC4110FR205100        |
| Ano/Modelo Fabricação 2015/2015  | Cor PRETA                                 |
| UF Veículo Rio Grande do Norte   | Município Veículo São Gonçalo do Amarante |
| Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS | Modelo HONDA/CG 125 FAN KS                |
| Veículo Adulterado? Não          | Quantidade 1 Unidade                      |
| Situação Meio Empregado          | Última Atualização Denatran 05/10/2015    |
| Situação do Veículo NADA CONSTA  |   |

| Nome Envolvido                 | Envolvimentos |
|--------------------------------|---------------|
| Aline Raisse de Oliveira Alves | Proprietário  |

RELATO/HISTÓRICO

COMPARECEU A ESTA DP A PESSOA ACIMA QUALIFICADA PARA RELATAR QUE FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRANSITO ENVOLVENDO DUAS MOTOS A QUE A COMUNICANTE IA DE PASSAGEIRA. A COMUNICANTE RELATA QUE ESTAVA NEBLINANDO E PORTANTO PISTA ESCORREGADIA FOI QUANDO O CONDUTOR DA OUTRA MOTO QUIS PARAR PARA SE PROTEGER DA CHUVA EM UMA PARADA SO QUE O MESMO ENTROU DE VEZ PARA O A COSTAMENTO NÃO DANDO TEMPO DA MOTO EM QUE A COMUNICANTE VINHA DESVIAR DO MESMO E COLIDIU FAZENDO COM QUE A COMUNICANTE FOSSE ARREMESSADA AO SOLO VINDO A SOFRER ESCORIAÇÕES PELO CORPO SENDO O MAIS GRAVE UMA FRATURA NO BRAÇO DIREITO PARALISANDO PARCIALMENTE O BRAÇO. NADA MAIS A RELATAR.

ASSINATURAS

Severino Bezerra Galvão

Agente da Polícia

Matrícula 189.283-1

Responsável pelo Atendimento

Aline Raisse de Oliveira Alves

(Vitima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de justiça que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que devo origem, conforme prevista nos Artigos 339-Denúncia Celulosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."