
Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200360866

Vítima: SABRINNA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA

Data do Acidente: 20/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SABRINNA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

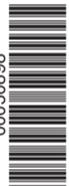
Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 19/10/2019, emitida pelo Dr. FABIO PEREIRA, CRM nº 00000 - RN, da Instituição HOSP. DEOCLÉCIO M. LUCENA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200360866 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SABRINNA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA **Data do acidente:** 20/10/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM TORNOZELO DIREITO. PG. 3,4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 127.922.484-32 4 - Nome completo da vítima: SABRINA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA

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

5 - Nome completo: SABRINA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA 6 - CPF: 127.922.484-32
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: DO LAR RUA VEREADOR BANDEIRA JUNIOR 9 - Número: 650 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: PARQUES DE EXPOSIÇÕES 12 - Cidade: PARNAMIRIM 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.346-590
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0001 CONTA: 24632482

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ainda não nasceu)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data, PARNAMIRIM, 22 AGOSTO DE 2020
Sabrina Stefanny Rodrigues da Costa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM - PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 061641/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/11/2019 17:00 Data/Hora Fim: 22/11/2019 17:25
Delegado de Polícia: Luiz Gonzaga Pontes de Lucena

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ateio: 1º Distrito Policial de Parnamirim
Data/Hora do Fato: 20/10/2019 02:45 (Data Aproximada)

Local do Fato

Município: Parnamirim (RN)
Logradouro: RUA EDGAR DANTAS

Bairro: Santos Reis

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO HOSPITAL DEOCLECIO
Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SABRINA STEFANY RODRIGUES DA COSTA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Parnamirim Sexo: Feminino Nascimento: 15/05/1999

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteira(s)

Nome da Mãe: Snytia Maria de Fátima Teixeira Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 127.922.484-32

Endereço

Município: Parnamirim - RN Nº: 610
Logradouro: RUA VEREADOR BANDEIRA JUNIOR
Bairro: PARQUE DE EXPOSIÇÃO
Telefone: (84) 99448-4819 (Celular)

Sexo: Masculino

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Parnamirim - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário: 012.063.214-40

Renavam: 01167671098

Número do Chassi: 9CSDG2550J0008018

Cor: PRETA

Município Veículo: Parnamirim

Modelo: YAMAHA/XTZ150 CROSSER S

Subgrupo: Motocicleta/Motometa

Placa: OGP6197

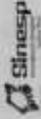
Número do Motor: G3C3E-065338

Ano/Modelo Fabricação: 2018/2018

UF Veículo: Rio Grande do Norte

Marca/Modelo: YAMAHA/XTZ150 CROSSER S

Veículo Aduaneado?: Não





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM - PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 061641/2019

Quantidade 1 Unidade
Última Atualização Denatran 08/10/2018
Nome Envolvido Sabrina Stefany Rodrigues da Costa

Situação Envolvido

Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Envolvimentos

Posuador

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Placa NOE5698
Número do Motor CCH863304
Ano/Modelo Fabricação 2012/2011
UF Veículo Rio Grande do Norte
Marca/Modelo VW/FOX 1.0 GII
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido, Meio Empregado
Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido
Desconhecido 1
Proprietário

RELATOHISTÓRICO

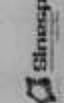
A COMUNICANTE INFORMA QUE TRANSITAVA NA AV EDGAR DANTAS NA GARUFA DA MOTO PILOTADA PELO SENHOR WESLEY LUCAS DOS SANTOS ASSIS, COM CPF 124.419.934-61, PRÓXIMO A CONVENIÊNCIA TODA HORA, NO SENTIDO PASSAGEM DE AREIA AO CENTRO, QUE O VEÍCULO FOX SEM SINAL DE PARADA OU MESMO DE DIREÇÃO, SOBRE A FAIXA DE PEDESTRE VIROU E ENTROU EM FRENTE A MOTOCICLETA, QUE O CONDUTOR DA MOTO NÃO DEU TEMPO DE DESVIAR COLIDINDO CONTRA A LATERAL DO VEÍCULO, LOGO EM SEGUIDA LANÇADOS AO CHÃO; QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO FOX APRESENTAVA SINAIS DE EMBRIAGÊS, O MESMO SEQUEU DESCEU DO VEÍCULO; QUE O AUTOR DO FATO TENTOU SAIR DO LOCAL, PORÉM FOI CONTIDO POR POPULARES; QUE FOI ACIONADO O SAMU, QUE ESTE SE FEZ PRESENTE, FICANDO A OCORRÊNCIA DE Nº 181329/1 DO DIA 20.10.2019; QUE A SAMU, CONDUZIU A DECLARANTE ATÉ O HOSPITAL DEOCLECID MARQUES EM PARNAMIRIM, FICANDO ATENDIDA SOB O BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE Nº 09 DO DIA 20.10.2019; QUE NO LOCAL O FATO FOI REGISTRADO EM CÂMERAS DE SEGURANÇA E O VIDEO SERA OFERTADO PELA DECLARANTE NO MOMENTO EM QUE FOR SOLICITADO, NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

Sandregory Antunes
Mandat de Polícia
Boletim nº 187022
Registrado pelo Atendimento

Sabrina Stefany Rodrigues da Costa
(Comunicante / Vítima)

Declara que as informações prestadas são verdadeiras e que não possui interesse em contestar o conteúdo do presente relatório, assim como não se compromete a fornecer informações adicionais que possam ser solicitadas pelo sistema de tratamento de dados.



Delegado de Polícia Civil Luz Gonzaga Pontes de Lucena
Impresso por: Sandregory Antunes
Data de Impressão: 22/11/2019 17:25
Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM - PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 061641/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/11/2019 17:00 Data/Hora Fim: 22/11/2019 17:25
Delegado de Polícia: Luiz Gonzaga Pontes de Lucena

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Parnamirim
Data/Hora do Fato: 20/10/2019 02:49 (Data Aproximada)

Local do Fato

Município: Parnamirim (RN)
Logradouro: RUA EDGAR DANTAS

Bairro: Santos Reis

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO HOSPITAL DEOCLÉCIO
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: **SABRINA STEFANY RODRIGUES DA COSTA (VÍTIMA , COMUNICANTE)**
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Parnamirim Sexo: Feminino Nasc: 15/05/1999
Profissão: Estudante
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Syntia Maria de Fatima Teixeira Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 127.922.484-32

Endereço

Município: Parnamirim - RN
Logradouro: RUA VEREADOR BANDEIRA JUNIOR Nº: 610
Bairro: PARQUE DE EXPOSIÇÃO
Telefone: (84) 99448-4819 (Celular)

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

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino

Endereço

Município: Parnamirim - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 012.063.214-40	Placa QGP6197
Renavam 01167671098	Número do Motor G3C5E-085338
Número do Chassi 9C6DG2550J0008018	Ano/Modelo Fabricação 2018/2018
Cor PRETA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Parnamirim	Marca/Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER S
Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER S	Veículo Adulterado? Não



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM - PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 061641/2019

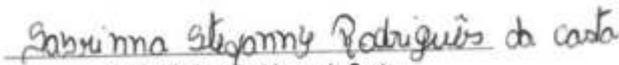
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 08/10/2018	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvidos
Sabrina Stefany Rodrigues da Costa	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 094.629.954-43	Placa NOE5698
Renavam 00390892785	Número do Motor CCN863304
Número do Chassi 9BWAA05Z3C4064755	Ano/Modelo Fabricação 2012/2011
Cor PRETA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Parnamirim	Marca/Modelo VW/FOX 1.0 GII
Modelo VW/FOX 1.0 GII	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 15/01/2014	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvidos
Desconhecido 1	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE INFORMA QUE TRANSITAVA NA AV EDGAR DANTAS NA GARUPA DA MOTO PILOTADA PELO SENHOR WESLEY LUCAS DOS SANTOS ASSIS, COM CPF 124.419.934-61, PRÓXIMO A CONVENIÊNCIA TODA HORA, NO SENTIDO PASSAGEM DE AREIA AO CENTRO; QUE O VEÍCULO FOX SEM DAR SINAL DE PARADA OU MESMO DE DIREÇÃO, SOBRE A FAIXA DE PEDESTRE VIROU E ENTROU EN FRENTE A MOTOCICLETA; QUE O CONDUTOR DA MOTO NÃO DEU TEMPO DE DESVIAR COLIDINDO CONTRA A LATERAL DO VEÍCULO, LOGO EM SEGUIDA LANÇADOS AO CHÃO; QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO FOX APRESENTAVA SINAIS DE EMBRIAGÉS, O MESMO SEQUEU DESCEU DO VEÍCULO; QUE O AUTOR DO FATO TENTOU SAIR DO LOCAL, PORÉM FOI CONTIDO POR POPULARES; QUE FOI ACIONADO O SAMU QUE ESTE SE FEZ PRESENTE, FICANDO A OCORRÊNCIA DE Nº 181323/1 DO DIA 20.10.2019; QUE A SAMU CONDUZIU A DECLARANTE ATÉ O HOSPITAL DEOCLÉCIO MARQUES EM PARNAMIRIM, FICANDO ATENDIDA SOB O BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE Nº 02 DO DIA 20.10.2019; QUE NO LOCAL O FATO FOI REGISTRADO EM CÂMERAS DE SEGURANÇA E O VÍDEO SERÁ OFERTADO PELA DECLARANTE NO MOMENTO EM QUE FOR SOLICITADO. NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS


Sanderson Antunes
Agente de Polícia
Matrícula 1670522
Responsável pelo Atendimento


Sabrina Stefany Rodrigues da Costa
(Comunicante / Vítima)

Declaram para os devidos fins (jurídicos) que sou (ou) sou(s) responsável (s) pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que foi originada, conforme previsto nos artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção de Código Penal Brasileiro.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DANOS (DEPRECAÇÃO DE ADEQUAÇÃO MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do Vítima ou AS: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Insc. (CPF):

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAMA DE BOMAS DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPM - 14 MAR/2013

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Insc. (CPF):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECURSO INFORMAR R\$1.000 A R\$1.000,00 R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00 SEM RENDA R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUpanÇA (Somente para os bancos abaixo. Atualize uma opção) CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (003) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: Nome do Banco:

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 a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: Sim Não 30 - Vítima deixou nascituro (menor)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: CPF:

39 - 2º | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paranaguá, 23 Agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Sabrina Siqueira Rodrigues do Costa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 127.922.484-32 4 - Nome completo da vítima: SABRINA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA

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

5 - Nome completo: SABRINA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA 6 - CPF: 127.922.484-32
 7 - Profissão: DO LAR 8 - Endereço: RUA VEREADOR BANDEIRA JUNIOR 9 - Número: 650 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: PARQUES DE EXPOSIÇÕES 12 - Cidade: PARNAMIRIM 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.346-590
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 24632482
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data, PARNAMIRIM, 2º AGOSTO DE 2020
Sabrina Stefanny Rodrigues da Costa
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 fazem necessários, que foi encontrada a ocorrência de N° 181323/1 referente ao paciente **SABRINA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA**, 20 anos, atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 20/10/2019, em Parnamirim/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 31 de outubro de 2019.

P | Walter Figueira de Sousa

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: **181323/1**

Data: **20/10/2019**

CHAMADO

TARM: DEBORA RAYANE CAMARA DE ARAÚJO
Rádio Operador: KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA
Equipe Enfermagem Cena:
VTR: USB 65 (EXTREMOZ)

Médico Regulação: DIRCEU FONSECA DE MIRANDA
Médico Cena: CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO
Usuário Pós-Cena:
Equipe VTR: ALTEMAR GABRIEL PEREIRA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
 MARCELA ADRIANA DA COSTA - TECNICO DE ENFERMAGEM

* REGULAÇÃO MÉDICA TROTE INFORMAÇÃO ENGANO Queda DA LIGAÇÃO CONTATO COM EQUIPE SAMU TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: PARNAMIRIM

Nome do Solicitante: LARISSA

Telefone: (84) 9930-5260

Nome do Paciente:

SABRINA STEFANY RODRIGUES COSTA

Idade: *

20 ANO(S)

Sexo: *

NÃO INFORMADO

Nº: VP

Endereço: AV EDGAR DANTAS

Bairro:

Outro Bairro: SANTOS REIS

Referência/Complemento: EM FRENTE A CONVENIENCIA FORA DE HORA// FX AO HOSP DEOCLÉCIO MARQUES

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA

Observações Rádio Operador: PCTE AOS CUIDADOS DO DR LUIZ NO HDML

Queixa Primária: COLISAO CARRO X MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local:

Histórico Regulação Médica:

20/10/2019 02:53:20 - Dr(a). DIRCEU FONSECA DE MIRANDA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: PACIENTE VITIMA DE COLISAO AUTO X MOTO. ESTAVA DE CAPACETE. CONSCIENTE, SEM FRATURA APARENTE. AO SOLO.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 20/10/2019 02:59:21 Usuário: (RADIO OPERADOR) RENATO KLEBERSON DA SILVA
 Observação: Controle de frota: LIBERADA A USB-65 (PARNAMIRIM)SAÍDA DO PRÓPRIO P.A.

Data: 20/10/2019 03:44:31 Usuário: (TARM) DEBORA RAYANE CAMARA DE ARAÚJO
 Observação: TENTADO CONTATO COM O HOSP DEOCLÉCIO MARQUES POREM TELEFONE OCUPADO. 3644*6449

Data: 20/10/2019 06:03:39 Usuário: (RADIO OPERADOR) KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA
 Observação: Controle de frota: PCTE AOS CUIDADOS DO DR LUIZ NO HDML.

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
 20/10/2019
 02:49:17
 Saída Local:
 20/10/2019
 03:34:00

Regulação Médica:
 20/10/2019
 02:53:20
 Chegada Destino:
 20/10/2019
 03:57:00

Solicitação VTR:
 20/10/2019
 02:58:50
 Liberação Destino:
 20/10/2019
 06:03:33

Saída VTR:
 20/10/2019
 02:59:18
 Liberação VTR:
 20/10/2019
 06:03:35

Chegada Local:
 20/10/2019
 03:13:00

Observação do Apoio:

[Empty text box for observation]

CONDUTA

Conduta VTR

Remoção

Conduta Médico Regulador:

20/10/2019 03:33:28 - DIRCEU FONSECA DE MIRANDA
IMOBILIZACAO CONFORME PROTOCOLO

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

PARNAMIRIM - HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LU

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv. prop.:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

[Empty text box]

Cargo receptor:

[Empty text box]

Descrição dos pertences:

[Empty text box]

Local deixado pertences:

[Empty text box]

Data:

././

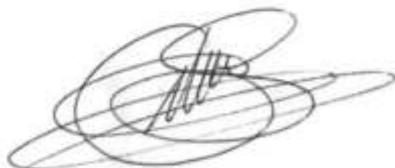
Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

Sim * Não

VIOLÊNCIA A VULNERAVCIS?

Sim * Não



DADOS DO CLIENTE

GENILDA LUCAS DOS SANTOS

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA VEREADOR BANDEIRA JUNIOR 610

CPF 012 063 214-40

PARQUE DE EXPOSIÇÕES/ÁREA URBANA
PARANÁMI RIM RN
58146-588

CLASSIFICAÇÃO

11 RESIDENCIAL RESIDENCIAL

CONTA CONTRATADA		MÊS/ANO	
0855576210		02/2019	
DATA DE VENCIMENTO		DATA PROPOSTA PRODUÇÃO LÍQUIDA	
13/02/2019		08/03/2019	
TOTAL A PAGAR (R\$)		85,92	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
19201975	ÚNICA	05/02/2019
PRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
302/2019	3000814353	1137184

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
120,00000000	0,62232720	74,87
		8,55
		1,04
		0,87
		0,40

Consumo Abvo (kWh)
 - ontrib. Ilum. Pública Municipal
 multa por atraso-NF 017717266 - 07/01/19
 multa por atraso-NF 016243302 - 06/12/18
 juros por atraso-NF 016243302 - 06/12/18

DADOS DO CLIENTE
 GISENILDA LUCAS DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA VEREADOR BANDEIRA JUNIOR 610

CPF 012 063 214-40

PARQUE DE EXPOSIÇÕES/ÁREA URBANA
 PARNAMI ZIM RIN
 59146-590

CLASSIFICAÇÃO

1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0855576210	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
13/02/2019	08/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	85,92

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
19201675	ÚNICA	06/02/2019
PRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
302/2019	3000814353	1137184

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	120,0000000	0,62232720	74,87
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,65
Multa por atraso-NF 017717266 - 07/01/19			1,04
Multa por atraso-NF 016243302 - 06/12/18			0,87
Multa por atraso-NF 016243302 - 06/12/18			0,40



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguroslider.com.br ou entre em contato através de um dos telefones abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1096 / Outros estados: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-81 | SAC (para deficiências auditivas e de visão): 0800-022-12-06 | Central Operativa: 0800-022-83-83

Eu, JOSENILDA LUCAS SANTOS DE ASSIS, data de expedição 13.01.20,
 RG nº 001.938.590, portador do CPF nº 012.063.214-40, no Estado de
 Órgão ITAP, com domicílio na cidade de PARANAMIRIM, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RIO GRANDE DO NORTE, nº 630,
R. VEREADOR BANDEIRA JUNIOR, complemento declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
SABRINA STEFANY RODRIGUES DA COSTA, cujo o condutor era
KIESLEY LUCAS DOS SANTOS ASSIS,
 Veículo: MOTO Modelo: KITZ CROSSER 150 Ano: 2018
 Placa: QGP6197 Chassi: 9C6DG2550J0008018
 Data do Acidente: 20/10/19

1º Ofício e Data: PARANAMIRIM 14.08.20

JOSENILDA LUCAS SANTOS DE ASSIS
Assinatura do Declarante

Assinatura do Conductor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

1º Ofício de Notas e Registro de Imóveis
 Maria Naira Romão
 Registro de Imóveis
 Rua: ...
 CEP: ...

Recebido por ...
 JOSENILDA LUCAS SANTOS DE ASSIS
 CPF: ...
 Confirma a autenticidade em: ...
 Paranmirim, 14 de Agosto de 2020, às 11:48:29

Em testamento: JOSENILDA LUCAS SANTOS DE ASSIS
 REGISTRAR



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 fazem necessários, que foi encontrada a ocorrência de
Nº 181323/1 referente ao paciente **SABRINA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA**, 20
anos, atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia
20/10/2019, em Parnamirim/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 31 de outubro de 2019.

P. Ubiratan Wagner de Sousa

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



SAMU
192
END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRIO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5321

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 181322/1

Data: 20/10/2019

CHAMADO

TARIM: DEBORA RAYANE CAMARA DE AMARAL
 Rádio Operador: KLEBERSON PLATTINY COUTO SILVA
 Equipe Enfermagem Casa:
 VTR: USB 63 (EXTREMO)

Médico Regulação: DIRCEU FONSECA DE MIRANDA
 Médica Casa: CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACHADO
 Usuário Pátrio-Casa:
 Equipe VTR: ALTEVAR GABRIEL PEREIRA - CONDUCTOR DE VEICULO DE EMERGENCIA
 MARCELA ADEUMA DA COSTA - TECNICO DE INSTRUMENTAÇÃO

* REGULAÇÃO MEDICA: TRANORTE INFORMACAO ENCAMIAMENTO QUEDA DA ESCADA CONTATO COM EQUIPE SAMU TRUCAF / ATENÇÃO

Cidade: PARANAGUÁ
 Nome do Solicitante: LARISSA
 Nome do Paciente:
 SABRINA STEFANY RODRIGUES COSTA
 Telefone: (94) 9930-5260

Idade: 20 ANOS
 Sexo: NÃO INFORMADO

Endereço: AV EDGAR DANTAS
 Bairro: Outeiro Bairro: SANTOS REIS
 Referência/Complemento: EM FRENTE A COMEÇAMENTO FOIA DE HORA/ P/6 AO HOSP DEOCELO MARQUES

Unidade de Destino: Transfêrencia Hospital Regional DEOCELO MARQUES DE LUCENA
 Observações Rádio Operador: PCTE AOS CIDADÃOS DO DR LUIZ NO HCPH.
 Queixa Primária: COLISÃO CARRO X MOTO

Local: Local: Quem Solicitou: Transporte Distância do paciente: Com o Paciente

Histórico Regulação Médica:

20/10/2019 02:53:20 - Dr(a) DIRCEU FONSECA DE MIRANDA
 APN: TRAMPA / ND: ACIDENTE AUTO X MOTO
 REGULAÇÃO: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO AUTO X MOTO. ESTAVA DE CAPACETE, CONSCIENTE, SEM FRATURA APARENTE. AO SOLO.
 AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB
 PRIORIDADE: VERMELHO
 CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: 0001003

OBSERVAÇÕES

Data: 20/10/2019 02:59:21 Usuário: (RADIO OPERADOR) RENATO KLEBERSON DA SILVA
 Observação: Controle de frota: LIBERADA A USB-65 (PARANAGUÁ) SAÍDA DO PRÓPRIO P.A.
 Data: 20/10/2019 03:44:31 Usuário: (TARIM) DEBORA RAYANE CAMARA DE AMARAL
 Observação: TENTADO CONTATO COM O HOSP DEOCELO MARQUES PORÉM TELEFONE OCUPADO. 3644-6449
 Data: 20/10/2019 06:03:39 Usuário: (RADIO OPERADOR) KLEBERSON PLATTINY COUTO SILVA
 Observação: Controle de frota: PCTE AOS CIDADÃOS DO DR LUIZ NO HDML.

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:	20/10/2019	Regulação Médica:	20/10/2019	Solicitação VTR:	20/10/2019	Saída VTR:	20/10/2019
02:49:17	02:53:20	02:53:20	02:58:30	02:59:15	02:59:15	02:59:15	03:13:00
Saída Local:	20/10/2019	Chegada Destino:	20/10/2019	Liberação VTR:	20/10/2019	Liberação VTR:	20/10/2019
03:34:00	03:57:00	06:03:33	06:03:33	06:03:33	06:03:33	06:03:33	06:03:33



Observação do Anel:

Condição VTI

Conduta Médica Registrada:
20/10/2019 03:33:38 - OFFICINA FARMÁCEUTICA DE PARANÁ
IMOBILIZAÇÃO CONFORME PROTOCOLO

Atividade / Transmissão

N. ligação ao setor emp:

Vaga Negada - Motivo:

Estabelecimento: PARANÁ - HOSPITAL REGIONAL DEOCLEIO MARGUEIS DE LUI

Seleção por: Vaga Zero

Resposta por:

Nome do candidato:

Número da ficha de inscrição:

Vaga Negada

Motivo da entrada:

Ass:

PREFERÊNCIAS

Nome receptor:

Descrição dos pertencimentos:

Ass:

Carga receptor:

Local de destino pertencimentos:

Data:

ACIDENTE DE TRABALHO

Sim - Não

VIOLÊNCIA A VULNERABILIS

Sim - Não

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 09

NOME: Sabrina Stehopye Rodrigues da Costa
 IDADE: 15 05/1998 SEXO: F ESTADO CIVIL: solteira
 NATURALIDADE: Karnaúba PROFISSÃO: PROFESSORA PROCEDÊNCIA: PROFESSORA
 ENDEREÇO: Rua V. Bandeira 449 nº 510 BAIRRO: Barra de Espinheiro
 CIDADE: PARNAMIRIM DATA: 20/10/2019 HORA: 16:40

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM REGULAR COM DISPNEIA CHOCADO COMATOSO
 C/ HEMORRAGIA EM CONVULSÃO POLITRAUMATIZADO AGITADO OUTROS
 ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

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

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

HISTÓRIA CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente frágil pelo SAMU devidamente
incubado em estado de choque por 2 x com
em demora a vitórias. Por um tempo de 20

EXAME FÍSICO A: Vias areas sem sinais de lesão

B: MUC em ATT, DKA
 C: RCL em 2T, BNF. FC: 70 PA: 120x80
 ASD: Plano e indol. leve astenol e indol
 D) Glasgow 15. Score do Trauma Modificado T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
16:40	120x80	leve e indol	15	15	36,5	70

DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma

HRDM/SESAP
 CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
 Parnamirim/RN. 15/2019-1

Mat 15226-1

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 09

NOME: Sabrina Stedeme Rodrigues da Costa
 IDADE: 15.05.1999 CDR: _____ SEXO: F ESTADO CIVIL: solteira
 NATURALIDADE: Parnamirim PROFISSÃO: _____ PROCEDÊNCIA: _____
 ENDEREÇO: Rua D. Barbara 4400/510 BAIRRO: Proj. de Esportistas
 CIDADE: Parnamirim DATA: 20/10/2014 HORA: 12:40

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM REGULAR COM DISPNEIA CHOCADO COMATOSO
 C/ HEMORRAGIA EM CONVULSÃO POLITRAUMATIZADO AGITADO OUTROS

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO
 PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C
 TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
 Paciente trazido pelo SAMU de repente
 mobilizada es. relato de colisão com o carro
 de desvio e vômitos. Dor em tornozelo direito

EXAME FÍSICO A: Vias areas sem sinais de env. cdja.
 B: MUC em ATT, DIRA
 C: RCC em ZT, BNF. FC: 70 PA: 120x80
 Abd: Plano e macio. Bazo estavel e indole
 D) Glasgow 15. Pupilas isocóricas sem defeito de reat.

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
12:40	120x80	16	15	15	36.5	40

HRDML / SESAP
 CONFERIR O ORIGINAL
 Parnamirim, RN, 20/10/2014

DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma

Mat. 52316-1

EXAMES COMPLEMENTARES

Mat. 152396-1
 CONFÉRCIO ORIGINAL
 HRDML / SESAP

JAT OK! (20)

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

CONDUTA

- Rx de tórax + R (D)
- Dismen 200 + AR (E) Agor > feto 08h00
- Telatil 40-3 + AR (E) Agor
- Avd da CBMF
- Avd de ortopedia
- Observação hospitalar
- sota no R (D)

BMF Paciente vítima de acidente de moto,
 20/10/19 às 3:45h, ocorrido, vítima, apresentando
 laceração em região superior,
 devido apanchamento do abdômen ortostático
 com fratura da 12, laceração
 do 11, e fratura da
 sinistra da primeira costela

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

FICOU NO LOCAL INTERNADO NO SERVIÇO DE REMOVIDO EM _____

HORA _____ HS _____ WGBA _____ PARA _____

RETIROU-SE POR DEFEIÇÃO MÉDICA A REVELIA

DATA _____ HORA _____

ÓBITO _____

ENTREGUE À FAMÍLIA S.V.O. I.T.E.P.

Em tempo (3h30) Rx de tórax, abdô e cervical sem alterações

MÉDICO (Carimbo): *Roberto Pinheiro* 3311

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo): *Roberto Pinheiro*

estudo (6h30) *Roberto Pinheiro*

estudo hemodinâmico (FC: 70 PA: 120/80) *Roberto Pinheiro*

CD: Alto de Cr e S. de *Roberto Pinheiro*



PEDIDO DE EXAME

Nome: Sobrin Stephanie Reduzer Matrícula: _____

Idade: _____ Ambulatório: _____ UTI: _____ Enfermaria: _____

Sexo: _____ SAU: _____ CC: _____ Leito: _____

NATUREZA DO EXAME

✓

- cervical safi

- Torax AP

- Pulm AP

INDICAÇÃO CLÍNICA

- toraxelo @ AP e perfil

Requisitante: _____

CRM: _____


Luiz Cláudio
CRM: 123456789
R. 123456789

Data: 20 / 10 / 14



PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante: Município:

Paciente: Sobrinha Athayde Roberto Prontuário:

Motivo da Consulta: Queda de moto e dor em tornozelo Direito (saturado)

Luiz Cláudio de Jesus
CRM de RJ 123456

Médico

CRM

20 / 10 / 19
Data

Encaminhado à especialidade: Ortopedia

Consulta marcada para a Unidade: Município:

Para o (a) Dr. (a): às horas do dia / /

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: Município:

Paciente: Prontuário:

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)
Dor em TAZ-D, após trauma, hoje,
Exame = lesão cont. cartilagem sustentada
edema leve, ADM completa.
Radiografias sem fraturas aparentes.
Diagnóstico: contusão / Alfa da ortopedia CID:

Dr. Fábio Peres
CRM de RJ 123456

Médico

CRM

19 / 10 / 19
Data

Retornar à clínica solicitante: clin. cirurgia Unidade:

Para o (a) Dr. (a): às horas do dia / /

CARTeira DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR
Sabrina Stefanny Rodrigues da Costa



POLEGAR DIREITO



INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
 RIO GRANDE DO NORTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	003.833.068	DATA DE EXPEDIÇÃO	09/03/2017
SABRINNA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA			
FILIAÇÃO			
MARCELO MAQUEL RODRIGUES DA SILVA			
SYNTIA MARIA DE FATIMA TEIXEIRA COSTA			
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
PARNAMIRIM RN		15/05/1999	
DOC. ORIGEM	CERT. DE NASCIMENTO L-459 F-198 RG-35128 PARNAMIRIM RN-2 CARTORIO		
CPF	127.922.484-32 Josebias Ferreira do N. Junior. VIA		
LEI Nº 7.118 DE 20/03/83			

DADOS DO CLIENTE

OSENILDA LUCAS DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA VER. ADRI. BAII. REIRA, JUNIOR 610

CPF 012.063.214-40

PARQUE IRE EXPUSIC. OES/AREA URBANA
PARANAMI 21M RN
58146-598

CLASSIFICAÇÃO

1: RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
19201875	UNICA	06/02/2019
PRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
302/2019	3000814363	1137184

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0855576210	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LETURA
13/02/2019	08/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
85,92	

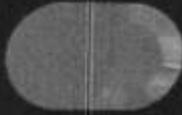
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Abv. (l/V/h)
- Contrib. Ilum. Pública Municipal
- Multa por atraso-NF 017717266 - 07/01/19
- Multa por atraso-NF 016243302 - 06/12/18
- Multa por atraso-NF 016243302 - 06/12/18

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
120,00000000	0,6232720	74,87
		8,55
		1,04
		0,87
		0,40

GEMALTO Cirrus U1151188E 1016 ICA 18875

gold



Tem dúvida?
Nosso app pode te ajudar



Fale com a gente:
0800 591 2113

Outside Brazil
1 638 722 7111

5502 0919 8163 6328

VALID
THRU

08/20

VALID
THRU

08/28

SECURITY
CODE

177



cirrus.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - RN Nº 013831924936
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD RENAVAM	RNTIC	EXERCÍCIO
1	01267671098	*****	2018

NOME
JOSEILDA LUCAS DOS SANTOS

PLACA	PLACA
012.063.214-40	QGF6197

PLACA ANTAL	CHASSI
QGF6197/RN	3C6DG255CJ0008018

ESPECIE TIPO
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOO
YAMAHA/XTE150 CROSSER S	2018	2018

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
CCV/149 CILINDRADAS	PARTICULAR	PRETA

I P V A	COTALINCA	VENC. COTA UNICA	VENC./COTAS
	R\$ 0.00	25/10/2018	1º PAGO
	FAIXA I/PVA	PARCELAMENTO/COTAS	2º PAGO
	013813 2K	R\$ 8.88888	3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	CF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DE TRAV: PAGO		*** DPVAT: PAGO	

OBSERVAÇÕES
ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 10.371.492/0001-85
BANCO YAMAHA MOTOR DO BRASIL S/A
MOTOR: G3C5E-085338

DATA
08/10/2018

PARNAMIRIM/RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES OU POR CARGA A PRESSÃO
E TRANSPORTADAÇÃO NAÇÃO DO SEGURO DPVAT

RN Nº 013831924936 BILHETE DE SEGURO DPVAT

001426926-0

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 822 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	09/10/2018

VIA	OPF / CNPJ	PLACA
1	012.063.214-40	QGF6197

RENAVAM	MARCA / MODELO
01167671098	YAMAHA/XTE150 CROSSER S

ANO FAB	USI TEMP	Nº CHASSI
2018	3	3C6DG255CJ0008018

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	CF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.343.008/0001-04

48
02-2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DE TRANSPORTES

DETRAN - RN Nº 013931924936
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 0116781098 2018

ROBERTA LIMA LIMA ROS SANTOS

012.063.218-40 PLACA 0086137

0086137/RN R-0002558-00004018

RN Nº 013931924936 BILHETE DE SEGURO DPVAT

001426926-0

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 822 1304

012.063.218-40 PLACA 0086137

0086137/RN R-0002558-00004018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 04.184.889/0001-04

48
 027-2017

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256814/20

Vítima: Sabrina Stefanny Rodrigues da Costa

CPF: 127.922.484-32

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/10/2019

Titular do CPF: Sabrina Stefanny
Rodrigues da Costa

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Sabrina Stefanny Rodrigues da Costa : 127.922.484-32

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 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.