

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
127.922.484-32 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: 6 - CPF:
SABRINA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA 127.922.484-32
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
DO LAR RUA VEREADOR BANDEIRA JUNIOR 650
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
PARQUES DE EXPOSIÇÕES PARNAMIRIM RN 58.346-590
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: AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
Nome do BANCO: NUBANK
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 24632482

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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - 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)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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
Nasc: 15/05/1999

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteira(s)

Nome da Mãe: Synlia Maria de Fátima Teixeira Costa

Documentação

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 127.922.484-32

Endereço

Município: Parnamirim - RN

Logradouro: RUA VEREADOR BANDEIRA JÚNIOR

Bairro: PARQUE DE EXPOSIÇÃO

Telefone: (84) 99448-4819 (Celular)

Nº 610

Endereço

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Município: Parnamirim - RN

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

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/Motoneta

Placa OGP6197

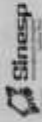
Número do Motor G3CSE-085338

Ano/Modelo Fabricação 2018/2018

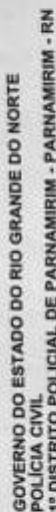
UF Veículo Rio Grande do Norte

Marca/Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER S

Veículo Adulterado? Não



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

№: 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	Proprietar				
Grupo Veículo	Subgrupo				
CPF/CNPJ do Proprietário	094.629.954-43	Placa			NOE5698
Ranviam	0030092785	Número do Motor			CON883304
Número do Chassi	98WAA05ZJC4064755	Ano/Modelo Fabricação			2012/2011
Cor	PRETA	UF Veículo			Rio Grande do Norte
Município Veículo	Farmamirim	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				
CPF/Contratado	Proprietar				

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE INFORMA QUE TRANSITAVA NA AV EDGAR DANTAS NA GRUPO DA MOTO PILOTADA PELA SENHOR WESLEY LUCAS DOS SANTOS ASSIS, COM CPF 124.019.934-61, PROXIMO A CONVENIENCIA TODA HORA, NÃO SENTINDO PASSAGEM DE AREIA AO CENTRO, QUÊ O VEÍCULO FOI SEM DAR SINAL DE PARADA OU MESMO DE DIREÇÃO, SOBRE A FAIXA DE PEDESTRE VIROU E ENTROU EM MOTOCICLETA; QUÊ O CONDUTOR DA MOTO NÃO DEU TEMPO DE DESVIAR COLIDINDO CONTRA A LATERAL DO VEÍCULO, LOGO EM SEGUIDA LANÇANDO OS CHÃO; QUÊ O CONDUTOR DO VEÍCULO FOX APRESENTAVA SINAIS DE EMBRIAGUEZ, O MESMO PERCEBER DESPUS DO VEÍCULO; QUÊ O AUTOR DO FATO TENTOU SAIR DO LOCAL, PORÉM FOI CONTIDO POR POLÍCIA MILITAR POPULARES; QUÊ FOI ACIONADO O SAMU QUE ESTE SE FEZ PRESENTE, FICANDO A OCORRÊNCIA DE Nº 18118132321 DO DIA 20, 10, 2019; QUÊ A SAMU CONJUNTO A DECLARANTE ATÉ O HOSPITAL DECELIQIO MARQUES DE CAMARGO PARA SER EXAMINADO; QUÊ EM SEQUENCIA FOI REALIZADO O TESTE DE TOXICOLOGIA, QUÊ NÃO HAVIA PARAFARMAC, FICANDO ATENDIDA SOB O BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE Nº 02 DO DIA 20, 10, 2019; QUÊ NO LOCAL O FATO FOI REGISTRADO EM CÂMERAS DE SEGURANÇA E O VIDEO SERÁ OFERTADO PELA DECLARANTE NO MOMENTO EM QUE FOR SOLICITADO. NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

[Signature]
Sanderfoot Antunes
Minist. de Polícia
Município de Curitiba 81762-22

Sabrina Stefanny Rodrigues da Costa
Sabrina Stefanny Rodrigues da Costa
(Colômbia / Vilmar)

Cubus nigrita (Vittug)

INFORMAZIONE PER ABBONNAMENTI

Un'ampia gamma di servizi è fornita per voi (con l'uscita settimanale) dalle informazioni sulle imprese italiane per le quali si desidera ricevere informazioni. Per ricevere queste informazioni, inviate un coupon a: "L'Espresso", viale Mazzini 13, 00186 Roma, Italia. Se siete abbonati, inviate il coupon al vostro abbonamento. Se non siete abbonati, inviate il coupon a: "L'Espresso", viale Mazzini 13, 00186 Roma, Italia. Se siete abbonati, inviate il coupon al vostro abbonamento. Se non siete abbonati, inviate il coupon a: "L'Espresso", viale Mazzini 13, 00186 Roma, Italia.



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	Envolvimentos
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	Envolvimentos
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 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 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)

Declaro para os devidos fins o delito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que foi originada, conforme previsto nos artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção de Código Penal Brasileiro.



47. Assinatura do Representante Legal (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: 4 - Nome completo da vítima:
127.922.484-32 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: 6 - CPF:
SABRINA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA 127.922.484-32
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
DO LAR RUA VEREADOR BANDEIRA JUNIOR 650
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
PARQUES DE EXPOSIÇÕES PARNAMIRIM RN 58.346-590
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: AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
Nome do BANCO: NUBANK
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 24632482

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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - 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)

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 | Walten 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 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

* REGULAÇÃO
MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

QUEDA DA
LIGAÇÃOCONTATO 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// PX AO HOSP DEOCLECIO MARQUES

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO 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 DEOCLECIO 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:

CONDIÇÃO

☒ Conduta VTR

☒ Remoção

Conduta Médico Regulador:

20/10/2019 03:33:28 - DIRCEU FONSECA DE MIRANDA
IMOBILIZAÇÃO 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:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:


Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

Sim * Não

VIOLÊNCIA A VULNERÁVEL?

Sim * Não



DADOS DO CLIENTE

GELENILDA LUCAS DOS SANTOS

CPF 012 063 214-40

CLASSIFICAÇÃO

11 RESIDENCIAL RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VEREADOR BANDEIRA JUNIOR 610

PARKVIEW EXPOSIÇÕES/ÁREA URBANA
PARANAMIRIM RN
59146-590

CORTA CONTRATO		MÊS/ANO	
0855576210		02/2019	
DATA DE VENCIMENTO		DATA PRECATORIA PROPOSTA LITIGADA	
13/02/2019		08/03/2019	
TOTAL A PAGAR (R\$)		85,92	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
19201875	ÚNICA	06/02/2018
PRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
302/2018	3000814363	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 Ativo (kWh)
Contrib. Ilum. Pública Municipal
Tuita por atraso-NF 017717266 - 07/01/19
Tuita por atraso-NF 016243302 - 06/12/18
Tuita por atraso-NF 016243302 - 06/12/18

DADOS DO CLIENTE

OSENILDA LUCAS DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VEREADOR BANDEIRA JUNIOR 610

CPF 012 063 214-40

PARQUE DE EXPOSIÇÕES/ÁREA URBANA

PARNAMIRIM RN

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
19201875	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	74,67
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



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
Matrícula: 210991-3



SAMU
192

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

TARIM DEBORA RAYANE CAMARA DE AMARAL
Rádio Operador: KLEBERSON PLATTINY COUTO SILVA
Equipe Enfermagem Cama:
VTR: USB 65 (EXTREMO)

Médico Regulador: DIRCEU FONSECA DE MIRANDA
Médico CENA: CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO
Usuário Páis-Cena:
Equipe VTR: ALETHAR GABRIEL PEREIRA - CONDUCTOR DE VEICULO DE EMERGÊNCIA
MARCELA ASSUMIA DA COSTA - TECNICO DE TUBERNAZEN

* REGULAÇÃO MÉDICA: TRÓTE INFORMADO ENCAMIAMENTO QUESA DA LUGAÇÃO CONTATO COM EQUIPE SAMU TRANSFERÊNCIA

Cidade: PANAMERIC

Nome do Solicitante: LARISSA

Telefone: (94) 9930-5260

Nome do Paciente:

SABRINA STEFANY RODRIGUES COSTA

Idade: *

20 ANOS(S) *

Sexo: *

NÃO INFORMADO *

Endereço: AV EDGAR DANTAS

Bairro:

Outro Bairro: SANTOS REIS

Nº: 10

Referência/Complemento: EM FRENTE A CONVENIENCIA FOLIA DE HORA/ PIS AO HOSP DEOCLETO MARQUES

Unidade de Destino: Transferência: HOSPITAL REGIONAL DEOCLETO MARQUES DE LUCENA

Observações: Rádio Operador: PCTE AOS CIDADANOS DO DR LUIZ NO HOSP.

Queixa Primária: COLISAO CARRO X MOTO

Quem Solicitou: Transiente

Distância do paciente: Com o Paciente

Local:

Histórico Regulação Médica:

20/10/2019 02:53:20 - Dica: DIRCEU FONSECA DE MIRANDA

APR: TRAFAMA / ND: 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: 000100 3

Apolo:

OBSERVAÇÕES

Data: 20/10/2019 02:59:21 Usuário: (RADIO OPERADOR) RENATO KLEBERSON DA SILVA
Observação: Controle de frota: LIBERADA A USB-65 (PANAMERIC) 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 DEOCLETO 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 CIDADANOS DO DR LUIZ NO HOSP.

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
20/10/2019
02:49:17

Regulação Médica:
20/10/2019
02:53:20

Saída Local:
20/10/2019
03:34:00

Solicitação VTR:
20/10/2019
02:58:30

Liberação Destino:
20/10/2019
03:57:00

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 Anel:

CONTINUA

Condição VTE

Condição Médica Registrada:
20/10/2019 03:33:18 - DIREÇÃO TÉCNICA DE PARANÁ
IMOBILIZAÇÃO CONFORME PROTOCOLO

Atendimento / Transferência

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

PARANÁ - HOSPITAL REGIONAL DEOCLEIO MARQUES DE LUIZ

Realizado por:

Nome do consultor:

Nome da ficha de internação:

Vaga Negada

Motivo da entrada:

Ass:

Vaga Zero

PETIÇÕES

Nome receptor:

Descrição dos pertences:

Ass:

Carga receptor:

Local de destino pertences:

Data:

ACIDENTE DE TRABALHO

Sim Não

Sim Não

VIOLÊNCIA A VULNERABILIDADE

Scanned with



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 09

NOME: Sabrina Stedone Rodrigues da Costa
IDADE: 15 05/1998 CPB: ESTADO CIVIL Solteira

NATURALIDADE: Karmanauri PROFISSÃO: _____
 ENDEREÇO: Rua V. Barreira 440510 BAIRRO: Barra de São Francisco
 CIDADE: Karmanauri DATA: 20/10/2019 HORA: _____

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

CONDIÇÕES DO PACIENTE AS SEGUIR									
APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>		REGULAR <input type="checkbox"/>		COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>		CHOCADO <input type="checkbox"/>		COMATOSO <input type="checkbox"/>	
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>		EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>		POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>		AGITADO <input type="checkbox"/>		OUTROS <input type="checkbox"/>	
ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO				SIM <input type="checkbox"/>		NÃO <input type="checkbox"/>			
PUPILAS		A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)				B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA		C) PRESSÃO ARTERIAL	

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

HISTÓRIA CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

HISTÓRIA CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO	A: Vivos	ex	servicio
--------------	----------	----	----------

R: MUG en ATT, D/LA

$D: 20 \times 20$ $F_c: 70$ $PA: 120 \times 20$
 $C: 100$ ZT BNF

ASD: Plano u undoten, Plano vertical e undoten

0, basquete 15, pontos baixos de

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
15:00	120/80	12	15	15	37,5	90
16:00	120/80	12	15	15	37,5	90
17:00	120/80	12	15	15	37,5	90
18:00	120/80	12	15	15	37,5	90
19:00	120/80	12	15	15	37,5	90
20:00	120/80	12	15	15	37,5	90
21:00	120/80	12	15	15	37,5	90
22:00	120/80	12	15	15	37,5	90
23:00	120/80	12	15	15	37,5	90
24:00	120/80	12	15	15	37,5	90

~~HRDML / SESAP~~

CONFÉRICI O ORIGINAL
Paphamirim, RN. 1/2/99

Triangle

DIAGNÓSTICO INICIAL

u/gubn Mat. 524-7

EXAMES COMPLEMENTARES

HRDML / SESAP
CONFERENCE / ORIGINAL
Parliament-RN. 1-1-1-1

VAT 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"/> CLINICA MEDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUDDHACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLASTICA	<input type="checkbox"/>

CONDOTTA

CONDUITA

Flux de trans + p^o D

- Dismen 2eg + ar ②

- Tabet.1 40-5 - ar ②

- Aud da CSMF

- Ave! da Entesidac

- ~~Obervac~~ 100 p^o D

- Sotang no p^o D

Agos

Agos

10/10

BMF Tendo vista da ausência de nota,
concedida, anulado, expediente
3:45h Liberado em 24/06/2013
Ass. do Responsável

☐ FICOU NO LOCAL ☐ INTERNO NO SERVIÇO DE ☐ REMOVIDO EM _____
do 11, endereço _____
_____ síndico da Prefeitura de _____
HORA _____ HS _____ DATA _____

RETIRAR-SE POR ord DECLARAO MEDICINA del fundo; A REVELIA ☐

DATA 1/1/2017

ÓBITO _____
Declarante Vigilante _____

ENTREGUE ☐ À FAMILIA ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐

En un grupo de 30 alumnos, 12 de ellos, Pablo e

condições

[illegible]



PEDIDO DE EXAME

Nome: Sobrinho, Estefane Reduiger Matrícula: _____
Idade: _____ Ambulatório: _____ UTI: _____ Enfermagem: _____
Sexo: _____ SAU: _____ CC: _____ Leito: _____

NATUREZA DO EXAME

R

- Leve a gati

- Tomar AP

- Relato AP

INDICAÇÃO CLÍNICA

(- torçao) @ AP - perfil

Requisitante: _____

CRM: _____

Data: 20 / 10 / 19

Unidade Solicitante: _____

Município: _____

Paciente: _____

Prontuário: _____

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

Dor em T22-D, após trauma, há 12h.

Exame: Lasec com cateterização completa.

Exame: Lasec, ADM completa.

Radiografias sem fraturas aparentes.

Diagnóstico: fratura / lesão da articulação

CID: _____

Dr. Fábio Pereira

CRM: _____

Data: 19 / 10 / 19

Médico

CRM: _____

Data

Retornar à clínica solicitante: _____

Unidade: _____

Para o (a) Dr. (a): _____

às _____

horas do dia _____



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 Stedone Rodrigues da Costa

IDADE:

15.05.1999

CDR:

SEXO:

F

ESTADO CIVIL:

solteira

NATURALIDADE:

Parnamirim

PROFISSÃO:

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

Rua V. Barbosa Junior 610

BAIRRO:

Rio de Fátima

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 dor no
ombro esquerdo e dor de cabeça
e vômitos. Dor no tornozelo direito

EXAME FÍSICO A: Vias aéreas sem ruídos.

B: MUC em ATT, DIRA

C: RCC em 2T, BNF, FC: 70 PA: 120x80

ABD: Plano e macio. Refo estavel e indole

D: glósculo 15. popitos normais sem defeito

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
12:40	120x80	16	15	15	36,5	70

HRDML / SESAP

CONFERIR O ORIGINAL

Parnamirim, RN, 20/10/2014

Mat. 5236-1

DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma

EXAMES COMPLEMENTARES

Mat. 152396-1
 R.N. 152396-1
 CONF. C/O 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"/> ORTOPEdia	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

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

BMF Paciente vítima de acidente de moto,
 20/10/19, correndo, sentido, apresentando
 3:45h lesões em lesão superior,
 devido apanhada de 12, lanceado
 do 11, em 12, lanceado
 com sinais de fratura de
 face.

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM
HORA	HORA	PARA

RETIROU-SE POR

DATA

ÓBITO

ENTREGUE

À FAMÍLIA

S.V.O.

I.T.E.P.

A REVELIA

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

em 15h30: Paciente chegou 15h30, feto 08h00
 está hemodinamicamente (FC: 70 (PA: 120/80). AR e ARD 2/dt
 CP: Alto de CR em 200cc
 feto 08h00 de 08h00



PEDIDO DE EXAME

Nome: Schwin Stefane Reduzer Matrícula: _____
Idade: _____ Ambulatório: _____ UTI: _____ Enfermaria: _____
Sexo: _____ SAU: _____ CC: _____ Leito: _____

NATUREZA DO EXAME

R

- Cervical perf
- Torax AP
- Pelvis AP

INDICAÇÃO CLÍNICA

- toraxelo @ AP e perfil

Requisitante: _____

CRM: _____

Luiz Cláudio
Cirurgião
CRM 10.000
Régua
10/10/14

Data: 2 / 10 / 14



PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____

Paciente: Osborn Otherson Roberto Prontuário: _____

Motivo da Consulta:

1) Queda de moto e dor em
ombro Direito (sutura)


Luiz Cláudio de Jesus
CRM 10.101/19

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 1 / 1 / 1

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____

Paciente: _____ Prontuário: _____

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

Dor em T.O.Z. - D, após trauma, hoje,
Exame: lesão com fratura suturada
edema leve, ADM completa.
Radiografias sem fraturas aparentes.

Diagnóstico: contusão / lesão da ortopedia CID: _____

Dr. Fábio Pereira
Ortopedia
CRM 10.101/19

Médico

CRM

19 / 10 / 19
Data

Retornar à clínica solicitante: clin. cirurgia Unidade: _____

Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia 1 / 1 / 1

CARTeira DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Sabrina Stefanny Rodrigues da Costa



POLEGAR DIREITO



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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	003.833.068	DATA DE EXPEDIÇÃO	09/03/2017
NOME			
SABRINNA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA			
FILIAÇÃO			
MARCELO MAQUEL RODRIGUES DA SILVA			
SYNTIA MARIA DE FATIMA TEIXEIRA COSTA			
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
PARANAMIRIM RN		15/05/1999	
DOC. ORIGEM			
CERT. DE NASCIMENTO L-459 F-188 RG-35128			
PARANAMIRIM RN-2 CARTÓRIO			
CPF			
127.922.484-32		Josebias Ferreira do N. Junio da. VIA	
ESPRESSIVA DE IDENTIFICAÇÃO			
LEI Nº 7.118 DE 11/08/83			



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

<input type="checkbox"/> DADOS (DESCRIÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDE PERMANENTE <input type="checkbox"/> MONITOR	
2 - ANO DE VIGÊNCIA DO ALC: _____ 3 - CPF do titular: _____	
4 - Nome completo da vítima: _____	
5 - ENDEREÇO COMPLETO: _____	
6 - CIDADE: _____	
7 - ESTADO: _____	
8 - DATA DE NASCIMENTO: _____	
9 - SEXO: _____	
10 - RACIA: _____	
11 - NOME COMPLETO: _____	
12 - ENDEREÇO: _____	
13 - CIDADE: _____	
14 - ESTADO: _____	
15 - E-MAIL: _____	
16 - TELEFONE: _____	
17 - NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL: _____	
18 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL: _____	
19 - PROFISSÃO DO REPRESENTANTE LEGAL: _____	
20 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICÍARIO DA INCAPACITAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÍARIO DA INCAPACITAÇÃO IMPL. CUMULADOR(TUTOR)	
22 - CONTA BANCÁRIA (Número para depósito de benefícios, não alterar sem notificação)	
23 - BANCO: _____	
24 - AGÊNCIA: _____	
25 - CONTA: _____	
26 - NOME DO BANCO: _____	
27 - CONTA CORRENTE (Selecione a branch)	
28 - AGÊNCIA: _____	
29 - CONTA: _____	
30 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
31 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
32 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
33 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
34 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
35 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
36 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
37 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
38 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
39 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
40 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
41 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
42 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
43 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
44 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
45 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
46 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
47 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
48 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
49 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
50 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
51 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
52 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
53 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
54 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
55 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
56 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
57 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
58 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
59 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
60 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
61 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
62 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
63 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
64 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
65 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
66 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
67 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
68 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
69 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
70 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
71 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
72 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
73 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
74 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
75 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
76 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
77 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
78 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
79 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
80 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
81 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
82 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
83 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
84 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
85 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
86 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
87 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
88 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
89 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
90 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
91 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
92 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
93 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
94 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
95 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
96 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
97 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
98 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
99 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	
100 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____	

INVALIDO PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou inscrito(a) no Conselho de Classe do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de identificação do Sistema DNVP, na modalidade biométrica, uma vez que **[inscrever uma das opções]**:

☒ NÃO há SMU que atenda a razão do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML, que atende a pedido do acidente ou da morte resultância não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou

meio muito utilizado, sob o prisma da legislação do Sistema Tributário, por invólucro patrimonial, com base em documentação especializada, considerando, desde já, em primeiro lugar, a natureza da atividade objeto da tributação e quantificação da base de cálculo. Assim, no caso de uma indústria, a base de cálculo da tributação é o valor adicionado, e não o lucro líquido, e, portanto, a documentação necessária para comprovar a base de cálculo é a contabilidade de custos e não a contabilidade de resultados. Já, em um comércio, a base de cálculo da tributação é o faturamento, e não o lucro líquido, e, portanto, a documentação necessária para comprovar a base de cálculo é a contabilidade de vendas e não a contabilidade de resultados. Portanto, a documentação necessária para comprovar a base de cálculo da tributação é a contabilidade de custos ou de vendas, e não a contabilidade de resultados. Assim, a documentação necessária para comprovar a base de cálculo da tributação é a contabilidade de custos ou de vendas, e não a contabilidade de resultados.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PATRINHAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

28 - Estado civil da vítima:		29 - Estado civil do agressor:		30 - Estado civil do agressor:		31 - Estado civil do agressor:		32 - Estado civil do agressor:		33 - Estado civil do agressor:		34 - Estado civil do agressor:	
<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (ou Div)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> Nulo
25 - Grau de Parentesco com a vítima													
26 - Víctima deixou compariar história:													
27 - Se a vítima deixou compariar história, informar o nome completo:													
28 - Víctima deixou compariar história:													
29 - Se vítima ficou, informar o nome completo:													
30 - Víctima deixou compariar história:													
31 - Víctima deixou compariar história:													
32 - Se vítima ficou, informar o nome completo:													
33 - Víctima deixou compariar história:													
34 - Víctima deixou compariar história:													

00071138474 OYN

33 - Nome legível de quem assina a rogatória pedida _____

35 - CPF legível de quem assina a rogatória pedida _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedida _____

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

30 - Local e Global

ANANIMIM, 27 ABRIL DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

12- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ADOS DO CLIENTE

CELENILDA LUCAS DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VERACOR BAILEIRA, JUNIOR 610

PF 012 063 214-40

PARQUE DE EXPOSIÇÕES/ÁREA URBANA
PARANÁMI 21M RN
59146-590

CLASSIFICAÇÃO

1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
10201875	UNICA	06/02/2019
PRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
302/2019	3000914363	1137184

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo (kVh)
Contrib. Ilum. Pública Municipal
Tuita por atraso-NF 017717266 - 07/01/19
Tuita por atraso-NF 016243302 - 06/12/18
Tuita por atraso-NF 016243302 - 06/12/18

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013831924936

VIA 1 COD RENAVAM 01167671098 RENTR 000000000000 EXERCÍCIO 2018

NOME JOSEFILDA LUCAS DOS SANTOS

PLACA 012.063.214-40

PLACA QG56197

PLACA ANT./R 0056197/RN

CHASSI SC6DG255C00008018

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE

ALCOOL-GASOL

MARCA/MODELO

ANO FAB

ANO MOD

YAMAHA/XT150 CROSSER S

2018

2019

CAP/POT/CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

CCV/149 CILINDRADAS

PARTICULAR

PRETA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC./COTAS

IPVA R\$ 0.00

25/10/2018

1º PAGO

FAIXA I/PVA

PARCELAMENTO/COTAS

2º PAGO

013813 2K

R\$ 8.888.88

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IP (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

TAXAS DESTAV: 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

Assinado digitalmente por

Assinado digitalmente por

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SOBRECARGA A PESSOAS
E TRANSPORTAÇÃO OU MACHUCADO DPVAT

RN Nº 013831924936

BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

001426926-0

EXERCÍCIO
2018

DATA EMISSÃO
09/10/2018

VIA

OPF / CNPJ
012.063.214-40

PLACA

QG56197

RENAVAM
01167671098

MARCA / MODELO

YAMAHA/XT150 CROSSER S

ANO FAB
2018

USI TAP
9

Nº CHASSI

SC6DG255C00008018

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IP (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

☐ COTA UNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.343.008/0001-04

08-2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETMA - RN Nº 013631924936
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1	0116161091	2018
JOSE LUIZ LIMA DOS SANTOS		
012 063 216-40	0081297	PLACA
0081297/RN	000255400004018	CHASSI

012 063 216-40	0081297	PLACA
0081297/RN	000255400004018	CHASSI

001/219 CILINDRADA	PARTECULAS	PARTE
012 063 216-40	0081297	PLACA
0081297/RN	000255400004018	CHASSI

012 063 216-40	0081297	PLACA
0081297/RN	000255400004018	CHASSI

RN Nº 013631924936 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

012 063 216-40	0081297	PLACA
0081297/RN	000255400004018	CHASSI

012 063 216-40	0081297	PLACA
0081297/RN	000255400004018	CHASSI

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 06.916.889/0001-04

48
02-2017

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256814/20

Vítima: Sabrina Stefanny Rodrigues da Costa

CPF: 127.922.484-32

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/10/2019

Titular do CPF: Sabrina Stefanny
Rodrigues da Costa

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

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.