

Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA APARECIDA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170663174**

Vitima: **MARIA APARECIDA DA SILVA**

Data do Acidente: **07/03/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170663174**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12139092



Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2018

Carta nº 12193301

A/C: MARIA APARECIDA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170663174 ASL-0479561/17
Vitima: MARIA APARECIDA DA SILVA
Data Acidente: 07/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **ARUANA SEGUROS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12297593

A/C: MARIA APARECIDA DA SILVA

Nº Sinistro: 3170663174
Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA
Data do Acidente: 07/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARIA APARECIDA DA SILVA**

Valor: **R\$ 6.750,00**

Banco: **104**

Agência: **000002758**

Conta: **00000036788-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.750,00

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau completo 100%

% Invalidez Permanente DPVAT: (100% de 50%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 =	R\$	6.750,00
---	-----	----------

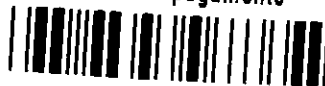
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

014.966.634-97

Nome completo da vítima

Maria Aparecida da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Maria Aparecida da Silva		CPF titular da conta 014.966.634-97	Profissão não informada
Endereço Rua M ^{te} Freire de Oliveira Dantas		Número 235	Complemento Q-15 L-14
Bairro Mangabeira	Cidade Macaíba	Estado RN	CEP 59280-000
Email franciscaseguros@hotmail.com		Telefone (DDD) (84) 9.9217.1370	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ NRO _____

AGÊNCIA
NRO. D/V
2758 **CONTA**
NRO. D/V
036788

AGÊNCIA
NRO. D/V
CONTA
NRO. D/V

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Panamirim, 11 de dezembro de 2017
Local e Data

✗ maria a pa R C I da SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

NOME: MARIA APARECIDA DA SILVA
AGÊNCIA: 2758
OPERAÇÃO: 013
CONTA-DV: 000.000.036.788-4

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17021800B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA:		DATA/HORA:
CARLOS ALEXANDRE PEREIRA RAMOS/1069545		07/03/2017 20:05
Na Rodovia		
MUNICÍPIO/UF:		Boletim de ocorrência 
MACAIBA/RN		
BR:	KM:	SENTIDO:
226	13.8	Crescente
DESCRIPTIVO DO LOCAL:		

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:	CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:	
Plena Noite	Nublado	
TIPO DE VIA:	TIPO DE PISTA:	CONDIÇÃO DE PISTA:
Principal	Simples	Seca
TIPO DE PAVIMENTO:	ESTRUTURA VIÁRIA:	
Asfalto	Reta	
LOCALIDADE URBANIZADA:	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:
Não	Sim	Não

IMAGEM DO LOCAL DO ACIDENTE:



IMAGEM DE DESCRIÇÃO DO LOCAL:



IMAGEM PANORÂMICA SENTIDO CRESCENTE:



IMAGEM PANORÂMICA SENTIDO DECRESCENTE:



AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO:

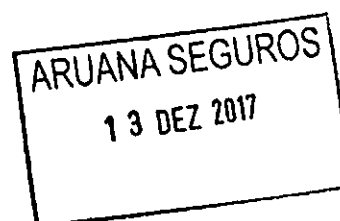
SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO:

Equipe SAMU metropolitano

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

Foto do socorro à vítima



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 08/03/2017 07:01

NÚMERO DE CONTROLE: 60DC1102C9643293F1E43A2A3F7100



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17021800B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



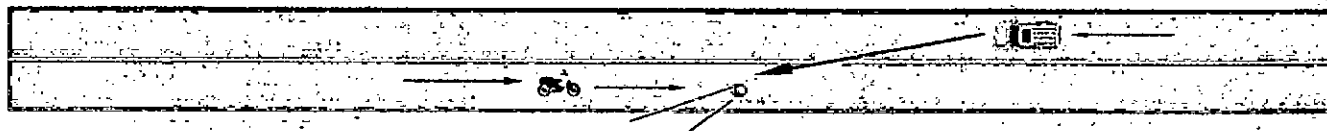
DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	V2
2	Tombamento	V1

Croqui

BR-22
Km
33,8



NATAL - DECRESCENTE

MACAÏBA - CRESCENTE



Amarração - Não realizada

Narrativa

Conforme declararam os condutores envolvidos, o v2 ao realizar ultrapassagem foi surpreendido pelo v1 que trafegava com o farol apagado, tendo o v1 colidido lateralmente no v2 e tombado em seguida.

ARUANA SEGUROS

13 DEZ 2017

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 08/03/2017 07:01

NÚMERO DE CONTROLE: 60DC1102C9643293F1E43A2A3F7100



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17021800B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: MXS3273	MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS KS	ANO FABRICAÇÃO: 2007
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C2KD03207R013777	RENAVAM: 00912171197	PAÍS: BRASIL	
ESPÉCIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

NOME DO PROPRIETÁRIO: WALTER FAUSTINO DE ALCANTARA	CPF/CNPJ: 968.229.374-04
---	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO: R DA PAZ	NUMERO: 4310
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: MACAIBA/RN	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:  Sem Imagem	IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:  Sem Imagem
IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:  Sem Imagem	

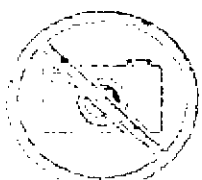
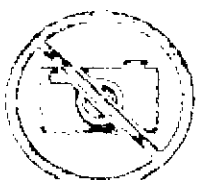
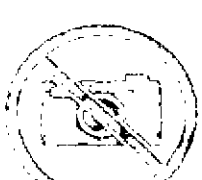
ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 08/03/2017 07:01

NÚMERO DE CONTROLE: 60DC1102C9643293F1E43A2A3F7100

Consultas, informações e serviços transacionais, acesse itau.com.br ou ligue 4004 4828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 970 1928 (demais localidades), todos os dias, 24 horas por dia ou procure sua agência. Reclamações, cancelamentos e informações gerais, ligue para o SAC: 0800 728 0728, todos os dias, 24 horas por dia. Se não for atendido com a solução apresentada, de posse do protocolo, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Defeitos de qualidade de atendimento: 0800 728 0728, todos os dias, 24 horas por dia. Ou entre em contato agora mesmo através do Fale conosco, no site do Itaú.		PROTOCOLO: 17021800B01
	STATUS: Encerrado	

VEÍCULOS			
SEQUENCIAL: V2	PLACA: OVZ1616	MARCA/MODELO: CHEVROLET/MONTANA LS	ANO FABRICAÇÃO: 2013
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Caminhonete	
CHASSI: 9BGCA80X0EB148040	RENAVAM: 00572791313	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Carga	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Ultrapassando	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
NOME DO PROPRIETÁRIO: C C DOS SANTOS - ME		CPF/CNPJ: 16.737.759/0001-91	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO: R PRESIDENTE JOHN KENNEDY			NÚMERO: 26
COMPLEMENTO:			BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: NATAL/RN			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Cilindros			
IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:  Sem Imagem		IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:  Sem Imagem	
IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:  Sem Imagem			

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17021800B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / MXS3273 / HONDA/NXR150 BROS KS

ENVOLVIMENTO:

Condutor

NOME:

Maria Aparecida da Silva

CPF:

014.966.634-97

DATA DE NASCIMENTO:

12/01/1980

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

SEXO:

Feminino

ESTADO CIVIL:

NOME DA MÃE:

Sandra Regina da Silva

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

Alto da Raiz

NÚMERO:

8090

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

Centro

MUNICÍPIO/UF:

MACAIBA/RN

TELEFONE:

EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Lesões Graves

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

NÃO APLICÁVEL

USAVA CAPACETE:

Sim

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

NÃO APLICÁVEL

ETILÔMETRO DISPONÍVEL:

Sim

RESULTADO DO TESTE:

RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:

Não

DESCRIÇÃO DA INDISPONIBILIDADE:

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:

Sim

SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

Não

Encaminhamento

MOTIVO:

Socorro médico

TIPO DE RECEPTOR:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

Vítima socorrida ao pronto-socorro Clóvis Sarinho

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

Vítima com pé esquerdo esfaqueado e profundo corte no joelho esquerdo.

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:



IMAGEM DE DECLARAÇÃO:



Sem Imagem

ARUANA SEGUROS

13 DEZ 2017

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.pr.f.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 08/03/2017 07:01

NÚMERO DE CONTROLE: 60DC1102C9643293F1E43A2A3F7100



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17021800B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / OVZ1616 / CHEVROLET/MONTANA LS		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: LUAN MACIEL DOS SANTOS	CPF: 091.257.554-98	DATA DE NASCIMENTO: 05/11/1990
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Solteiro(a)	NOME DA MÃE: IRENE MACIEL DOS SANTOS	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: SITIO ANTAS DO SONO	NUMERO: SN
COMPLEMENTO:	BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICÍPIO/UF: SOBRADO/PB	
TELEFONE: 84988910572	EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AD
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 05247173899	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 11/07/2011	VALIDADE DA CNH: 25/07/2018	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 111315		

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
ETILÔMETRO DISPONÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: Não	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA INDISPONIBILIDADE:		

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não
---------------------------------------	--

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

Veículo e condutor liberado após satisfeitas as exigências legais

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:  Sem Imagem	IMAGEM DE DECLARAÇÃO:  Sem Imagem
---	--

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 08/03/2017 07:01

NÚMERO DE CONTROLE: 60DC1102C9643293F1E43A2A3F7100



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17021800B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / MXS3273 / HONDA/NXR150 BROS KS

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

CARLOS ALEXANDRE PEREIRA RAMOS/1069545

NÚMERO DO BAT:

17021800B01

DATA/HORA:

07/03/2017 20:05

Item	Nome da Peça	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

FRENTE (V1)

TRASEIRA (V1)



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 08/03/2017 07:01

NÚMERO DE CONTROLE: 60DC1102C9643293F1E43A2A3F7100



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



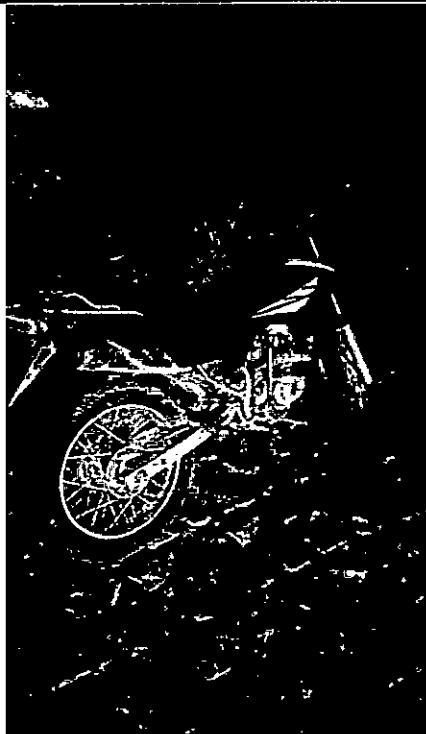
PROTOCOLO:
17021800B01

STATUS:
Encerrado

LATERAL ESQUERDA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / OVZ1616 / CHEVROLET/MONTANA LS

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

CARLOS ALEXANDRE PEREIRA RAMOS/1069545

NÚMERO DO BAT:

17021800B01

DATA/HORA:

07/03/2017 20:05

Item	Nome da Peça	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM	NÃO	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando	M		X	
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a	G		X	

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novoba/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 08/03/2017 07:01

NÚMERO DE CONTROLE: 60DC1102C9643293F1E43A2A3F7100



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17021800B01

STATUS:
Encerrado

Item	Nome da Peça	Valor	SIM	NÃO	NA
12	Chassi com deformação lateral maior que a	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 08/03/2017 07:01

NÚMERO DE CONTROLE: 60DC1102C9643293F1E43A2A3F7100



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17021800B01

STATUS:
Encerrado

LATERAL ESQUERDA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 08/03/2017 07:01

NÚMERO DE CONTROLE: 60DC1102C9643293F1E43A2A3F7100

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Maria Aparecida da Silva

CPF da Vítima

014.966.634-97

Data do Acidente

07/03/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Maria Aparecida da Silva

CPF do Representante legal

014.966.634-97

Email

franciscaseguros@hotmail.com

Telefone (DDD)

(84)9.9217.1370

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

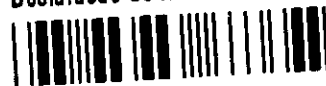
Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Declaração de Inexistência de IML



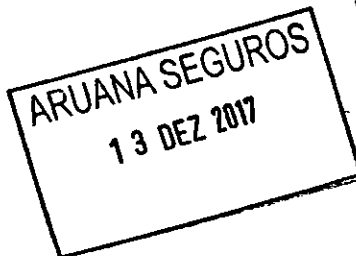
Panamirim, 12 de dezembro de 2017

Local e Data

Maria APARECIDA da SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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



Comprovação de ato declaratório

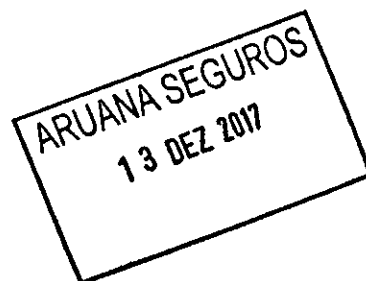


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN que foi encontrado a ocorrência Nº S250005 referente ao paciente **MARIA APARECIDA DA SILVA** 37 anos, atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 RN, no dia 07/03/2017 em Macaíba/RN vítima colisão moto/moto. Conforme ficha anexa.

Natal, 04 de outubro 2017

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador Substituto da Regulação Médica
SAMU 192 RN
Mat-210991-3



SAMU 192 RN
END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545
FONE: 84 3209-5316



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA**

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO :	S250005
DATA DA OCORRÊNCIA:	07/03/2017 19:55:18
CIDADE:	MACAIBA
BAIRRO:	
PONTO DE REFERÊNCIA:	
LOGRADOURO:	RN 226 SENTIDO MACAIBA - MANGABEIRA -
INTERESSADO:	jadeina
TELEFONE:	9*911-5516
TIPO:	M22
NATUREZA:	TRAUMA
SUB-TIPO:	M22G
NATUREZA:	COLISÃO
IMPRESSO POR:	IVAN JOSE DE ARAUJO CARDOSO
DATA DA IMPRESSÃO:	04/10/2017 11:23:57

DATA	HORA	TERMINAL	OPERADOR	EVENTOS
07/03/2017	19:55:18	tarm3	98762684	APOS O ASFARNO PX AO POSTO DE GASOLINA SAO CRISTOVAO
07/03/2017	19:56:00	tarm4	25179874	PCT MARIA APARECIDA DA SILVA - 37 ANOS
07/03/2017	19:56:22	tarm4	25179874	SEGUNDO SOLIC DAVI - 98748-4944
07/03/2017	19:57:16	regsamu02	440952013	paciente VÍTIMA DE COLISÃO CARRO MOTO
07/03/2017	19:57:51	regsamu02	440952013	PACIENTE COM TRAUMA POSSÍVEL FRATURA EXPOSTA EM MIE
07/03/2017	19:58:13	regsamu02	440952013	POSSÍVEL AMPUTACÃO TRAUMÁTICA
07/03/2017	19:58:19	regsamu02	440952013	AUTORIZO USB EM COD 3
07/03/2017	19:58:34	regsamu02	440952013	** Tipo do evento alterado de M01 para M22(M22G) às 07/03/17 19:58:34
07/03/2017	19:58:34	regsamu02	440952013	** Event Priority changed from 4 to 0 at: 03/07/17 19:58:34
07/03/2017	19:58:34	regsamu02	440952013	** >>>> by: LUIZ ROBERTO LEITE FONSECA on terminal: regsamu02
07/03/2017	19:58:34	regsamu02	440952013	** >>>> by: LUIZ ROBERTO LEITE FONSECA on terminal: regsamu02
07/03/2017	20:02:39	despsamu2	52412064	VIATURA USB38 DESPACHADA - Comandante da VTR: (CIODS CIODS)
07/03/2017	20:04:24	despsamu2	52412064	VIATURA USB38 EM ROTA
07/03/2017	20:35:49	regsamu02	440952013	
07/03/2017	20:35:52	regsamu02	440952013	USB 38
07/03/2017	20:35:58	regsamu02	440952013	COLISÃO MOTO MOTO
07/03/2017	20:36:05	regsamu02	440952013	QRA: MARIA APARECIDA DA SILVA
07/03/2017	20:36:08	regsamu02	440952013	37 ANOS
07/03/2017	20:36:12	regsamu02	440952013	PACIENTE CONSCIENTE
07/03/2017	20:36:14	regsamu02	440952013	SEM PACIENTE
07/03/2017	20:36:22	regsamu02	440952013	INGERIU BEBIDA ALCOOLICA
07/03/2017	20:36:34	regsamu02	440952013	FRATURA E PÉ EQUERDO COM EXPOSIÇÃO DE TENDÕES
07/03/2017	20:36:41	regsamu02	440952013	ESCORIAÇÕES DE BRAÇOS E PERNAS
07/03/2017	20:37:14	regsamu02	440952013	SINAIS VITAIS: 120 X 70
07/03/2017	20:37:17	regsamu02	440952013	FC: 95
07/03/2017	20:37:19	regsamu02	440952013	FR: 19
07/03/2017	20:37:23	regsamu02	440952013	SAT: 95%
07/03/2017	20:37:50	regsamu02	440952013	QTL: CLÓVIS SARINHO
07/03/2017	20:41:40	tarm1	3098254	REGULADO NO PDI TRAUMA DO HCS. COM DR PAULO RENATO.
07/03/2017	20:46:57	despsamu2	52412064	VIATURA USB38 CHEGOU AO LOCAL
07/03/2017	21:27:24	despsamu2	52412064	PCT AOS CUIDADOS DR ISABELE AS 21:27 NO HCS COM PRANCHA PRESA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA APARECIDA DA SILVA

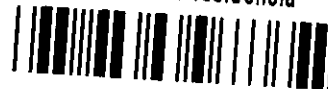
BANCO: 104

AGÊNCIA: 02758

CONTA: 000000036788-4

Nr. da Autenticação CE318EE8CA8BB890

Comprovante de residencia



cosern
neoenergia

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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Marmoz, 150, Bairro Novo, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.199/0001-01 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA APARECIDA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MARIA FREIRE DE OLIVEIRA
DANTAS 235 QD-15 LT-14
MANGABEIRA/ÁREA RURAL
MACAIBA/RN
59280-000

CPF: 014.096.014-97 NIS: 13382110457

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BARRA RENDIA COM NIS
Monofásico

CONTA CONTRATO
7004052018

MÊS/ANO
10/2017

DATA DE VENCIMENTO
13/10/2017

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
04/11/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
33,85

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,16829306	5,04
Consumo Ativo Acima de 30 kWh 100 kWh	68,05000000	0,19978811	13,59

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017



CABOTELECOM

Discriminação dos Serviços

LINK 5 MEGAS - 15 ANOS
Intercabo 5 MEGAS - 15 ANOS
Velocidade Promo navegação 15 Megs
Cabo Fone New 200 F
Chamadas Locais
Chamadas IDN
Serviço Wi-Fi

Cabo Serviços de Telecomunicações Ltda

Insc. Estadual: 20.083.236-0
CNPJ: 02.952.192/0001-61
Rua Senador José Ferreira de Souza, 1916
Candelária - CEP: 59064-520 - Natal/RN
SAC: 2010.2010 - 10600
FAX: 2010.9010 | DEF. AUDITIVO: 0800.884.5961

Nota Fiscal de Serviços de Comunicações

Modelo 21

Série Única CFOP 5307

Nº 25903

Data da emissão: 01-07-2017

Usuário: 1734702 Joao Roberto Ferreira NEVES
Endereço: R SADI MENDES 1022-A
Bairro: SANTOS REIS Município: Parnamirim
CNPJ/CPF: 413.039.704-49

CEP: 59141-085
Insc. Est:

Mês de Referência	Quant.	Valor	Impostos Inclusos
01-06 a 30-06	1	39,07	5,56
01-06 a 30-06	1	30,38	10,22
14-05 a 13-06	1	11,92	3,58
14-05 a 13-06	1	0,99	0,34
14-05 a 13-06	1	10,96	3,69
14-05 a 13-06	1	8,90	1,28

NF	102,22	+
Encargos	0,00	+
Débito Ref. NF	0,00	-
Crédito/Pagamento Ref. NF	0,00	=

Comprovante de residência



TOTAL A PAGAR

102,22

VENCIMENTO

06-07-2017

Valor da Mensalidade

102,22

Informações Importantes

Para sua maior comodidade, informamos que as suas contas podem ser pagas através do Sistema de Débito Automático em conta corrente. Para tanto, dirija-se a nossa sede e cadastre-se!

Informamos ainda que a 2ª via das faturas podem ser impressas através do nosso site www.cabotelecom.com.br.

O relatório detalhado do(s) serviço(s) prestado(s) se encontra disponível na página web da Cabo Telecom podendo, ainda, ser solicitado, por meio impresso.

O período de aumento gratuito de velocidade download de navegação se encerrou em 06-2017.

Os cinco últimos registros de atendimento

10459924
10409662
10266197
10059603
9432124

Base de Cálculo

54,25

Aliquota

30%

Valor do ICMS

16,28

Reservada ao FISCO

de68.ef10.6c2a.e68a.9a25.6b78.a4df.c482

Sem repasse para os nossos assinantes, será destinado ao FUST 1% e ao FUNTEL 0,5% do valor total dos serviços de comunicações, líquido de impostos. Regime Especial nº 630/2004
CAF: Base de cálculo de ICMS dos serviços de TV por assinatura reduzida em 60%, conforme decreto Nº 17.615 de 30/06/2004. Telefone gratuito ANATEL-1331.
PROCON/Natal - R. Vigário Bartolomeu, 542, Cidade Alta. Tel. 3232-9050.

Itau	341	34191.09149	12019.239313	43285.770004	1	72120000010222
Local de Pagamento: Pagável na rede bancária, Pague Fácil e Nossa Agência. Após o vencimento somente ao banco portador, Nossa Agência e Pague Fácil.						
Cedente: CABO SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES LTDA						
Data do documento:	Número do documento:	Especie do documento:	Aceite	Data processamento	Carteira	Prorrogado para:
01-07-2017	25903	17	S	01-07-2017	109	06-07-2017
Instruções:						Agência Cedente
Atenção: não receber após 30 dias de vencimento.						9314/32857-7
Usuário: 1734702 Joao Roberto Ferreira NEVES						Nosso Número
Endereço: R SADI MENDES 1022-A						109/14120192-3
						Valor do Documento
						102,22
						Valor cobrado

SANTOS REIS 59141-085

Autenticação

Ficha de compensação



ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

Código de Baixa

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES**, inscrito no CPF sob o nº 413.039.704-49, na qualidade de Procurador / Intermediário do Beneficiário Marica Aparecida da Silva, inscrito (a) no CPF sob o nº 014.966.634/97 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Marica Aparecida da Silva, inscrito (a) no CPF sob o nº 014.966.634/97, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogado Renda: Não Informada e apresento os documentos comprobatórios: Carteira da OAB/RN e Comprovante de endereço profissional.

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço Rua Dr. Sadi Mendes de Lucena		Declaracao Circular SUSEP 445/12 		Número 1022	Complemento RN ADVOCACIA
Bairro Santos Reis	Cidade Parnamirim			Estado RN	CEP 59.146-110
E-mail jrfneves@outlook.com		Telefone comercial (DDD) 84020104827		Telefone celular (DDD) (84) 9.9217.1370	

Parnamirim, 13 de dezembro de 2017

Lugar e Data

Assinatura do Declarante





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 7715 /2017

Admissão: 07/03/2017 21:13:42

CIRURGIA GERAL - AMARELO

12

Paciente: 7501 - MARIA APARECIDA SILVA (37 a 2 m 6 d)
Nascimento: 01/01/1980 Natural: MACAIBA.BRASIL
CNS: CPF: Prof: Sexo: F
Mãe: MARIA SILVA Pai:
Logradouro: VIA PUBLICA, 1 Cidade: MACAIBA
CEP: 59280000 Bairro: CENTRO Compl:
Telefone: .

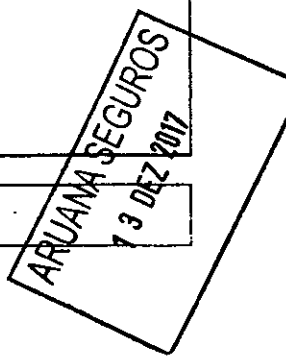
Motivo: MOTO - QUEDA Tipo: REFERENCIADO
Origem: AMBUL. INTERIOR *Empresa:
Fluxograma: Discriminador:
OBS: Classificação: 07/03/2017 21:08:18
HORA P.A. HGT SatO2 FIO2 F.R. F.C. TEMP Glasgow RTS
120x70 95% 19 95
Documentacao medico - hospitalar

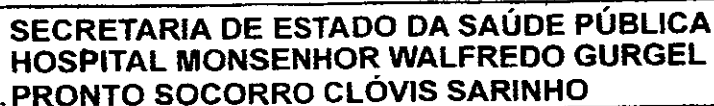
HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA
Queixas: TRAUMA EM PÉ
Hora: 21h
Paciente vítima de colisão moto-moto há ± 1h. Nega perda de consciência, náuseas ou vômitos, Nega TCE. Queixa-se de dor im-
portante em pé esquerdo. Não usava capacete no momento do acidente.
estava alcoolizada.
POLITRAUMATIZADO
CONFERE COM ORIGINAL
NATALIA
PROTOD. 29

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)
A 100% aérea, fúrcula sem cervicalgia
B taquipneia em sz. aberto; AP: MM+, simétrico, 20 RRts
C hemodinamicamente estável; FC=100 bpm
D Glasgow 15
E lesão coto-contus em pé esquerdo. lesão coto-contus exten-
sa com perda de substan-
cia em pé esquerdo

OUTRAS OBSERVAÇÕES:
abdome flácido, indolor
pele estável
07/03/17 21:35
Técnico

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID I22.1 R+P DE





Nome:

Idade

N° Rea

eg 

Servico:

Enf

Leito

AO SERVICO

C. McDougal

MOTIVO DA CONSULTA - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Primaria DIABETIS in - COM, DA
Resistência, SOUZA AVALIAR
E CONDUZIR EVOLUÇÃO COM INTERESSE
DO DE "PÓS-OPERAR"

Natā

23 de 03

de 20

72

Médico que se apresenta o parecer

PARECER

Stopniš dokumenti vsebujejo vprašanja
po mnenju po 1201 caso mnenja
disciplinarno, politični pomeni do endokrinologije

Em

de

de 20

Médico que emite o parecer

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH****LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE LIANNA A. PAREIRA DA SILVA	6 - Nº DO PROTOCOLO 1111		
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO MASCULINO ☐ 1 FEMININO ☒ 2	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)			
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS G. C. P. A. DE M. B. O.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO U. J. A. N. N. O. C. L. I. N. I. C. O.			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) N. A. R. E.			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL F. N. A. T. R. X. R. O. S. T. A. P. E.	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO FRATURA DE R. A. D. A. R. A. C. I. O. N. A. R. E. S.	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARACTERÍSTICA DA INTERNAÇÃO ORIGINAL	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE DR. J. A. S. G. O. M. E. S.
28 - DT SOLICITAÇÃO 11/11/17	29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO C. 4.150.100.1	30 - CNS / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
41 - CID PRINCIPAL		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA
42 - CID SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	ARUANA SEGUROS 13 DEZ 2017
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 5 - SE APNÉIA, APLIQUE 2 VEZES 11 LAÇOS DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA), 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO OU FEMURAL (BRANCOAL EM LACTENTE), 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSIONES TORÁCIAS, 100MM (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEA, 8 - DEA DISPONÍVEL, APLIQUE 1 CHOQUE 360 (200: PI DE A BÍFÁSICO), E REINICIE RCP, 10 - RITMO NÃO CHOQUEÁVEL, REINICIE RCP (30:2), 11 - AVALIE O RITMO A CADA 1 CICLO, 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTAR, 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECLINAÇÃO

ATE: 1. MOMENTO ESPECIALIZADO 1: NER 20-20

NAMNÉSE: 2. 37 anos, vítima de queda de moto há cerca de 9 horas. Não perde a consciência, vômitos. Queixa-se de dor na torção esquerda. Não cervicalgia.

EXAME FÍSICO: ECG 15: sem alterações incidentes, batidas em torção esquerda.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TCE leve

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***
TC de crânio

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Oftos se abrem espontaneamente.	4
Oftos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se não for marcado 4, se não 3)	3
Oftos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	5
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, local onde está, o tempo, o pessoal, a data e etc)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem palavras incoerentes)	3
Sons ininteligíveis. (Comando sem articulação palatral)	2
Sem resposta verbal.	1
Movimento por estímulo doloroso (MRE)	6
Obedece a ordens verbais. (Paciente obedece sempre quando lhe é ordenado)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Resposta inespecífica a dor.	4
Resposta flexora a dor (decorticação).	3
Resposta extensora a dor (decorticação).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PORTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	12-15 = 4
	9-11 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
	3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	12-20 = 3
	6-30 = 2
	1-50 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	75-90 = 3
	50-70 = 2
	1-90 = 1
	0 = 0

"Escala de Trauma Revisada (RTS): Sem índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.L. Seco W.L. Copes, 1987. A revision of the Trauma score, J. Trauma 27: 394, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)
03 - 05 graves (necessidade de intervenção imediata)
06 - 07 moderado
08 - 15 leve
Referência: TEASDALE G., JENNET, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

"A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e não catatônicos com idade superior a 3 anos. Na Escala de Glasgow seleciona-se ao doente que classifica a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjectivos:				
SEM DOR	LEVE	MODERADA	INTENSA	SEVERA
0	1	2	3	4

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**

Nome: MARIA APARECIDA SOARES Reg. Nº _____
Diagnóstico pré-operatório: Lesão Grau 2 de PE - Esquerda
Indicação terapêutica: Tratamento cirúrgico Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 08/02/17 Início: _____ Término: _____ Duração: _____
Operador: MARIO ARNOLD CRM/CRO: _____
1º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
Instrumentador: _____
Anestesista: _____ CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em bom estado
Sob anestesia, Aberto o Art. 1º
de MTE - Lesão Grau 2, Desnudo
+ Amputação parcial de PE - Esquerda,
Sutura por Pirmo com

0415040035 (3) L 97

CONFERE COM ORIGINAL
29/02/17

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Maria Aparecida Gomes Idade: _____ Nº Reg: _____
Serviço: Ortopedia Enf: _____ Leito: 250

AO SERVIÇO Clínica Plástica

MOTIVO DA CONSULTA - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Paciente com lesão grave
e fratura, resultando em amputação
parcial, com risco de substância
necrótica mais tarde a fazer. Por
ortopedia, solicitou avaliação e
acompanhamento da Clínica Plástica

CONF. COM. CLÍNICA
29/03/17
WASHINGTON LUIS C. OLIVEIRA
Médico Assistente em Ortopedia
MAT. 2004/324

Natal de 09/03

Dr. Mario Amador M. de Abreu
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5476 CPF: 030.976.88-42
Médico que solicita o parecer

PARECER

PLÁSTICA

Paciente MARETELO, resultando em amputação
parcial há 03 (três) dias. E.O. e áreas de
granulação, resultado de ferida de necrose
importante.

Paciente já iniciada no tratamento
cirúrgico pela C. Plástica no momento. Seguir
tratamento médico e colagem até completa cicatrização.
Em alta precise acompanhar paciente e/ou acompanhante
ambulatorial pela C. Plástica ou solicitar novo parecer
com 07 dias.

Atenciosamente

Em 10 de MARÇO de 2017

Médico que emite o parecer

Dr. Flávio Dumas
Cirurgião Plástico
CRM/RN 5367
RQE 1730

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

15/03/17.

Prontuário Atualizado Prontuário de Aruana

Dr. Mario Araud M. de Abreu
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5476 CPF: 030.975.814-42

17/03/17 - Prontuário com dados de NOME PRIMEIRO e SOBRENOME.
NOME PRIMEIRO e SOBRENOME. NOME PRIMEIRO e SOBRENOME.

Dr. Mario Araud M. de Abreu
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5476

CONFERE COM ORIGINAL
NATALIA
29.08.17
WASHINGTON LUIS C. GOMES
ASSIST. TEC. EM SAÚDE
MAT.: 181.320-0

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017



Nome **MARIA APARECIDA DA SILVA**

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

Hora:

**- Paciente vítima de acidente
motociclista, trauma de crânio
Balanço de Atenuação**

D. Mario Walfredo M. de Abreu
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5476 CPF: 030.976.1442

10/03/17 # CIRURGIA PLÁSTICA #

Paciente c/ ferida parcialmente fechada
apresentando área de granulação, sem sinais
de infecção importante. Apresenta indicação de
tratamento cirúrgico pela C. plástica. Sugere-se
enxerto de pele c/ colágeno.

Pode ser acompanhada em ambulatório ou
pode ser solicitado novo parecer da plástica c/
07 dias

Dra. Jéssica Macário
Médica
CRM 8909/RN

+ Dr. Walfredo
Sumariá

11/03/17 AVA

CONF. COM ORIGINAL
29/03/17

WALFREDO M. DE ABREU
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 5476 CPF: 030.976.1442

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**

Nome:

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório:

Indicação terapêutica:

Urgência ()

Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data:

Início:

Término:

Duração:

Operador:

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

O.R. de lesão externa em pé E; de 1º ao 5º P.O. e pontos
por um punção prévia.

Anexos.

Reclutamento de tecido dermofolizante e limpeza de (S.O.S.).
Colheita e envio material para cultura.

23/12/17

Hausemann Moraes
Ortopedista
RM 5314 TEOT 12213

0415040055(3)

L97

CONFERE COM ORIGINAL
NATHAN
PROF. DR. S. GOMES

Coleta de material anatomo-patológico:

Coleta de material para microbiologia:

WASHINGTON
ASSISTENTE EM SAÚDE
NÃO () SIM () QUAL?

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

Vacinas da Infância:

	1ª	2ª	3ª	4ª
Tuberculose BCG	/ /	/ /	/ /	/ /
Haemophilus B	/ /	/ /	/ /	/ /
Difteria, Tétano Coqueluche	/ /	/ /	/ /	/ /
Poliomielite	/ /	/ /	/ /	/ /
Sarampo	/ /	/ /	/ /	/ /
Febre Amarela	/ /	/ /	/ /	/ /
Sarampo, Caxumba Rubéola	/ /	/ /	/ /	/ /
Hepatite B	/ /	/ /	/ /	/ /

Observação: Para a sua proteção, conserve este cartão junto aos seus documentos de importância. Apresente-o antes de qualquer atendimento médico.

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Do Rio Grande do Norte

CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

Nome: Maria Aparecida da Silva Tipo Sanguí: _____

RG/Orgão Emissor: _____ Data Nascimento: 1 / 1

Endereço: Hsp. Cl. São João

Cidade: Natal UF: RN Fone: _____

Dupla Adulto (Difteria/Tétano)	Influenza (Gripe)
15005154 H-MWG 08/03/17 08/05 017	
08/05 017	

F. Atividade	Outros Vacinas

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE PERICIA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

ARUANA APARECIDA DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificacao



ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 002.397.553 DATA DE EXPEDICAO 30/01/2017

NOME MARIA APARECIDA DA SILVA

FILIAÇÃO MIGUEL PEREIRA DA SILVA
SANDRA REGINA DA SILVA

NATURA JURADA

SÃO JOSE DE MIPIBU RN DATA DE NASCIMENTO 12/01/1980

CERT. DE NASCIMENTO L-44 F-170 RG-6789

SÃO JOSE DE MIPIBU RN-2 CARTÓRIO

CPF 014.966.634-97

2a. VIA

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116/83

... É PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 11000080



USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL, PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei n.º 8.966/84)

FOIA b(7)(C) - Exemption



ප්‍රකාශන

Documentos de identificacao



ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

014.966.634-97

Nome completo da vítima

Maria Aparecida da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Maria Aparecida da Silva		CPF titular da conta 014.966.634-97	Profissão
Endereço R. Maria Freire de Oliveira		Número 235	Complemento
Bairro Mangabeira	Cidade Macaíba	Estado RN	CEP 59.280.000
Email m.achoeira@outlook.com		Telefone (DDD) (84) 99217-1370	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 2758 (Informar dígito se existir)	D/V []	CONTA NRO. 000.000.036.788 (Informar dígito se existir)	D/V 4
---	------------	--	----------

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.
AGÊNCIA NRO.	D/V
CONTA NRO.	D/V

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Por nome de Maria Aparecida da Silva de 16 de Junho de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS

17 JAN 2018



Maria Aparecida da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

NOME: MARIA APARECIDA DA SILVA
AGENCIA: 2758
OPERAÇÃO: 013
CONTA -DV: 000.000.036.788-4

ARUANA SEGUROS

17 JAN 2018

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Marcelo Gonçalves da Silva
DATA DO ACIDENTE 07.03.2017 CPF DA VÍTIMA 044.966.634-97
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Seu Roberto Ferreira da Nave
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É (Procurador) () ()
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Dr. Sadi Mendes
Nº 1022 COMPLEMENTO A BAIRRO Santa Rita
CIDADE Panamirim UF RN CEP 59.140-085
E-MAIL m.adriano@outlook.com TELEFONE (84) 99217-1340

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13/12/2017IDENTIDADE 456299ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 13/12/2017NOME Ricardo FlorêncioASSINATURA [Assinatura]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170663174 **Cidade:** Macaíba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA **Data do acidente:** 07/03/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: INFECÇÃO; AMPUTAÇÃO DO PÉ

Sequelas permanentes: DEBILIDADE PERMANENTE DA FUNÇÃO MOTORA

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PÉ 100% (DANO COMPLETO - PERDA ANATÔMICA)

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDENIZADO COM BASE EM DOCUMENTAÇÃO CONSISTENTE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de um dos pés	50 %	Em grau completo - 100 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Maria Aparecida da Silva
brasileiro(a), estado civil solteira, profissão desempregada
RG nº 002.397.553, CPF/MF nº 014.966.634-97, residente e
domiciliado(a) à Rua Maria Freire de Oliveira Dantas
nº 235 Bairro Mangabeira
Cidade de Macaioba /RN, CEP: 59280-000

OUTORGADO: JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, cadastrado no CPF sob o nº 413.039.704-49, com endereço profissional sito à Rua Dr. Sadi Mendes de Lucena, 1022-A, Santos Reis - Parnamirim/RN, CEP: 59.146-110, Telefones: (84) 2010-4827 - 99130-0707 - 99930-2330.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Macaioba, 08 de novembro de 2017.



MARIA APARECIDA DA SILVA

OUTORGANTE

