



Número: **0824843-35.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **14/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA APARECIDA DA SILVA (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53086756	05/02/2020 14:53	Petição	Petição
53086761	05/02/2020 14:53	2658601_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Outros documentos
53086763	05/02/2020 14:53	2658601_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR Anexo 02	Outros documentos

Juntada de honorários periciais.





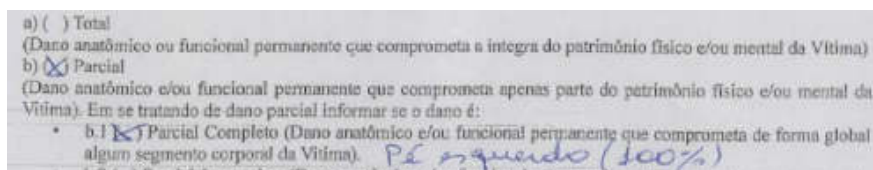
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 24ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08248433520198205001

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA APARECIDA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora, cujo laudo um trecho se destaca:



DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**¹.

Isso, porque, a documentação médica apresentada não comprova a ocorrência da amputação do referido pé, mas ao contrário disso aponta apenas limitação no movimento dos dedos.

AUTOMOBILISTICO EM 21/09/2015, SEGUNDO BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR SOFREU FRATURA DO IIº E IIIº METATARSO ESQUERDO CID.: S92.2, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO, IMOBILIZAÇÃO E SINTOMÁTICOS, PACIENTE APRESENTA INSTABILIDADE ARTICULAR, MARCHA CLAUDICANTE, DOR E EDEMA RESIDUAL COM LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DOS DEDOS PELA DOR.

¹SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)



Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo².

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO REALIZADO

Corroborando, cumpre observar, que a vítima já foi indenizada em razão de sinistro ocorrido em 07/03/2017, tendo recebido a quantia de **R\$ 6,750.00 (seis mil e setecentos e cinquenta reais)**, após perícia administrativa que apurou invalidez de 100% do pé por amputação do mesmo.

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. de Autenticação CE318EE8CA8BB890

Assim, em que pese o acidente em tela seja anterior ao que teve a indenização, paga é evidente que o segundo sinistro causou a amputação do pé, de maneira que qualquer perícia realizada posterior a isso, ensejaria o reconhecimento da amputação e consequentemente a mesma invalidez.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado se encontra de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, não havendo que se falar nova indenização.

²APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)



Abaixo, trecho do laudo administrativo:

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 seqüela				
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

Dessa forma, seja porque a amputação não ocorreu em razão do sinistro discutido nestes autos ou seja pela indenização já recebida correspondente ao mesmo grau de invalidez, em qualquer dos casos, a improcedência dos pedidos é a medida que se impõe.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 3 de fevereiro de 2020.

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN



Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **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**

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

Pag. 01229/01230 - carta_01 - INVALIDEZ



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

Pag. 01657/01658 - carta_25 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12297593

A/C: 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

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,

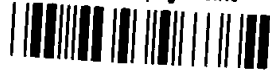
Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01639/01640 - carta_15R - INVALIDEZ

00020820



Autorização de pagamento



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 informou	
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 franciscaregusos@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

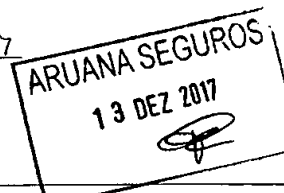
☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 2758 D/V ☐ (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 036788 D/V 4 (Informar dígito se existir)		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.

Panamirim, 11 de dezembro de 2017
Local e Data

✖ maria aparecida da SILVA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF.001 V001/2017



NOME: MARIA APARECIDA DA SILVA
AGENCIA: 2758
OPERACAO: 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



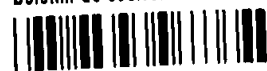
PROTOCOLO:
17021800B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

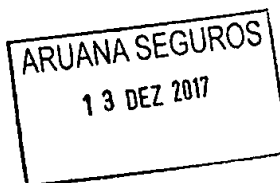
POLICIAL/MATRÍCULA:		DATA/HORA:
CARLOS ALEXANDRE PEREIRA RAMOS/1069545		07/03/2017 20:05
Na Rodovia		
MUNICÍPIO/UF:		
MACAIBA/RN		
BR:	KM:	SENTIDO:
226	13.8	Crescente
DESCRITIVO DO LOCAL:		

Boletim de ocorrência



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.pr.f.gov.br/novobat/autenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 60DC1102C9643293F1E43A2A3F7100

Página 1 de 10





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

MACABÁ - 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.pr.f.gov.br/novobat/autenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 60DC1102C9643293F1E43A2A3F7100

Página 2 de 10





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	PAIS: BRASIL	
ESPÉCIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRAS 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	NÚMERO: 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

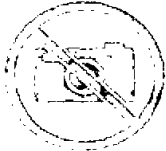
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prp.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 08/03/2017 07:01 NÚMERO DE CONTROLE: 60DC1102C9643293F1E43A2A3F7100

Página 3 de 10



Consultas, informações e serviços transacionais, acesse itau.com.br ou ligue 4004 4828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 570 0011 (demais localidades), todos os dias, 24 horas por dia ou procure sua agência. Reclamações, cancelamentos e informações gerais, ligue para o SAC: 0800 338 0728, todos os dias, 24 horas por dia. Se não for possível, com a solução apresentada, de posse do protocolo, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Defeitos de qualidade: 0800 771 722 e 0800 771 723, 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	
ESPÉCIE: 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			NUMERO: 26
COMPLEMENTO:			BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: NATAL/RN			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
Cilindros			
IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:		IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:	
 Sem Imagem		 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

Página 4 de 10



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/02/2020 14:53:08
<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020514530804000000051189221>
 Número do documento: 20020514530804000000051189221

Num. 53086763 - Pág. 9



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.prf.gov.br/novobat/autenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 60DC1102C9643293F1E43A2A3F7100

Página 5 de 10





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:	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.pr.f.gov.br/novobat/autenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 60DC1102C9643293F1E43A2A3F7100

Página 6 de 10





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

NÚMERO DO BAT:

17021800B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

CARLOS ALEXANDRE PEREIRA RAMOS/1069545

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)



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

Página 7 de 10



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/02/2020 14:53:08
<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020514530804000000051189221>
Número do documento: 20020514530804000000051189221

Num. 53086763 - Pág. 12



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



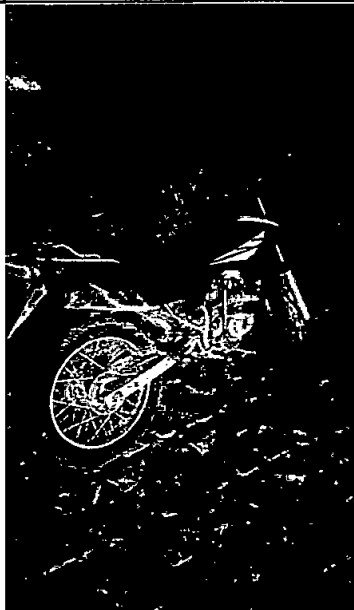
PROTOCOLO:
17021800B01

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

NUMERO 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/novobat/autenticar

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

NÚMERO DE CONTROLE: 60DC1102C9643293F1E43A2A3F7100

Página 8 de 10





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

Página 9 de 10



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/02/2020 14:53:08
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020514530804000000051189221>
Número do documento: 20020514530804000000051189221

Num. 53086763 - Pág. 14



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

Página 10 de 10



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/02/2020 14:53:08
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020514530804000000051189221>
Número do documento: 20020514530804000000051189221

Num. 53086763 - Pág. 15

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 <i>Maria Aparecida da Silva</i>	CPF da Vítima <i>014.966.634-97</i>	Data do Acidente <i>07/03/17</i>
--	--	-------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Maria Aparecida da Silva</i>	CPF do Representante legal <i>014.966.634-97</i>
Email <i>franciscaseguros@hotmail.com</i>	Telefone (DDD) <i>(84)9.9217.1370</i>

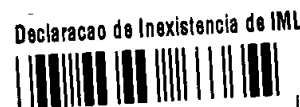
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

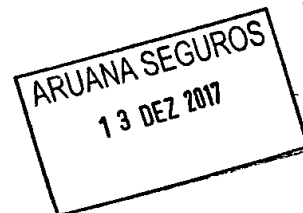
- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou 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.



Panamirim, 12 de dezembro de 2017
Local e Data



Maria Aparecida da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/02/2020 14:53:08
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020514530804000000051189221>
Número do documento: 20020514530804000000051189221



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



04/10/2017

Cronologia



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*9171-5516
TIPO:	M22
NATUREZA:	TRAUMA
SUB-TIPO:	A122G
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 - 98748-49-44
07/03/2017	19:57:16	regsamu02	440952013	paciente VITIMA 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 AMPUTAÇÃO 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	30982754	REGULADO NO POI 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

92.169.0.5/trava/cronologia/impressao/S250005

1/2



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

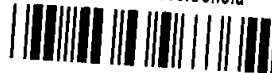
AGÊNCIA: 02758

CONTA: 000000036788-4

Nr. da Autenticação CE318EE8CA8BB890



Comprovante de residência



cosern
neoenergia

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

NOTA FISCAL - FATURA - GENTIL DA SILVA, MARIA APARECIDA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Bairro: Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-01, Lda. 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: 014.996.114-97 NIS: 13392110457

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
DADOS DE ENDEREÇO COM NIS
Monofásico

CONTA CONTRATO: 7004052018 MÊS/ANO: 10/2017

DATA DE VENCIMENTO: 13/10/2017 DATA PREVISÃO PROXIMA LEITURA: 04/11/2017

APRESENTAÇÃO: 05/10/2017 Nº DO CLIENTE: 3010373489 Nº DA INSTALAÇÃO: 2242795 TOTAL A PAGAR (R\$): 33,85

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,16829306	5,84
Consumo Ativo Acima de 30 até 100 kWh	NR 00000000	0,00000000	18,05

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017



**CABOTELECOM**

Discriminação dos Serviços

LINK 5 MEGAS - 15 ANOS
Intercabo 5 MEGAS - 15 ANOS
Velocidade Promo navegação 15 Megas
Cabo Fone New 200 F
Chamadas Locais
Chamadas LBN
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 -

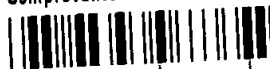
Crédito/Pagamento Ref. NF 0,00 =

TOTAL A PAGAR 102,22

VENCIMENTO 06-07-2017

Valor da Mensalidade 102,22

Comprovante de residência

**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
10255197
10059603
9432124

Base de Cálculo	Aliquota	Valor do ICMS	Reservada ao FISCO
54,25	30%	16,28	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
CAT: Base de cálculo de ICMS dos serviços de TV por assinatura reduzido 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						Prorrogado para: 06-07-2017
Data do documento: 01-07-2017	Número do documento: 25903	Espécie do documento: 17	Acerto: S	Data processamento: 01-07-2017	Carteira: 109	Agência Cedente: 9314/32857-7
Instruções:						Nosso Número: 109/14120192-3
Atenção: não receber após 30 dias de vencimento.						Valor do Documento: 102,22
Usuário: 1734702 Joao Roberto Ferreira NEVES Endereço: R SADI MENDES 1022-A						Valor cobrado

SANTOS REIS 59141-085

Autenticação

Ficha de compensação



ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

Codigo 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/bibliotecaWEB/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 **pro fissão 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 nº9.613/98.

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 Mania Aparecida da Silva, inscrito (a) no CPF sob o nº 014.966.634/97 do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Mania 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		Declaracao Circular SUSEP 445/12		Número	Complemento
Rua Dr. Sadi Mendes de Lucena				1022	RN ADVOCACIA
Bairro	Cidade			Estado	CEP
Santos Reis	Parnamirim			RN	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



DLDR.L001 V001/2017

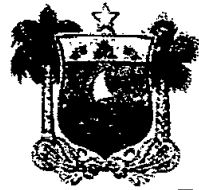




SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 7715 /2017

Admissão: 07/03/2017 21:13:42



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 7501 - MARIA APARECIDA SILVA (37 a 2 m 6 d)

Vascimento: 01/01/1980 Natural: MACAIBA.BRASIL

CNS: CPF:

Mãe: MARIA SILVA

Pai:

Prof:

Esgadouro: VIA PUBLICA, 1

CEP: 59280000

Bairro: CENTRO

Cidade: MACAIBA

Telefone:

Compl:

Sexo: F

Motivo: MOTO - QUEDA
Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 07/03/2017 21:08:38

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP	Glascow	RTS
	120x70		95%		19	95			

Documentacao medico - hospitalar



HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TRAUMA EM PÉ

Hora: 21h. Nega perda de
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.

POLITRAUMATISMO

CONFERE COM ORIGINAL

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A 191cm, 68kg, pele pálida, sem cianose
B taquipneia em repouso; AP: M+, simétrico, 20Hz
C hemodinamicamente estável; FC=100 bpm
D Glasgow 15
E lesão contusão em joelho esquerdo; lesão contusão exten-
sa com perda de substân-
cia em pé esquerdo

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

abdome flácido, indolor
pele estável

07/03/17 21:35

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

I22.1

R+P

DE

*Gerado via SX por ERIVALDO SIQUEIRA DA COSTA. Impresso em 07 de Março de 2017.

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017





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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Mary Abreu OP Idade: _____ Nº Reg: _____
Serviço: Orto PM Enf: _____ Leito: 250

AO SERVIÇO C. Médica

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

Primum diabete m. com, da
discompensação, com auxílios
e com dieta, glicemia com insulina
de 20 por cento

Nata: 23 de 03

de 20 12

Médico que solicita o parecer

PARECER

Sugiro aumento insulina NPH
para manter para 1201 caso mantenha
discompensação, solicitar parecer de endocrinologista

Em _____ de _____ de 20 _____

Médico que emite o parecer





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 LINDA A RAFAELA DA SILVA	6 - Nº DO PROTOCOLO					
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 Gripal de modo			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Quadro clínico			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) N.R.			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FARINGITE	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento clínico	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO C41501001	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARACTERÍSTICA DA INTERNAÇÃO ORIGINAL	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	29 - DT SOLICITAÇÃO	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)	

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde com atenção e qualidade em atendimento às necessidades da comunidade, com ênfase na prevenção de doenças, promoção da saúde e recuperação de doenças, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.



4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 5 - SE APNÉIA, APLIQUE 7-8 IT LACÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOI SA, VALVA, MÁSCARA), 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL, EM LACTENTE), 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS, 100MM (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEA, 8 - DEA DISPONÍVEL, APLIQUE 1 CHOQUE 360, 200, 200 (DEBILITADO), 9 - RITMO CHOCÁVEL, APLIQUE 1 CHOQUE 360, 200, 200 (DEBILITADO), 10 - RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP (30:2), 11 - AVALIE O RITMO A CADA 2 MINUTOS, 12 - PARAR RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTAR, 13 - COLOQUE A EM POSIÇÃO DE RECIPIENTE.

CASO O ESPÍCIO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL, REQUISIÇÃO DE EXAMES, FOLHA DE PALESTRANTE E ANEXE O UOL ETN.

ATE: 13 DEZ 2017

1. NOME: J. 57 anos, vítima de queda de moto há cerca de 9 horas. Nega perda da consciência, vômitos. Queixa-se de dor na torção esquerda. Nega urticária.

EXAME FÍSICO: ECG 15: com parâmetros incidentes, leve em torção esquerda.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TCE leve

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

TC de tórax

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW	
Abertura ocular (EO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se os olhos se abrem a se não se abrem)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem	1
Melhor resposta verbal (MRV)	5
Orientado (Responde pessoalmente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, estado, e país)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras incoerentes (Fala incoerente, mas com alguma conversação)	3
Sons ininteligíveis (Com som sem articular palavras)	2
Silêncio	1
Melhor resposta motora (MRM)	6
Obedece a ordens verbais. (Paz com os membros quando lhe é ordenado)	6
Localiza estímulos dolorosos	5
Resposta intencional a dor	4
Proteção flexa à dor (Deflexão)	3
Proteção extensora à dor (Deflexão)	2
Silêncio	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	12-15 = 4 9-11 = 3 6-8 = 2 4-5 = 1 3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4 21-30 = 3 31-40 = 2 1-5 = 1 0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4 70-90 = 3 50-70 = 2 1-50 = 1 0 = 0

*Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.L. Secco W.L. Copes, et al. A revision of the Trauma score. J. Trauma 1993; 34: 341-348.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - Óbvio (necessário de intervenção imediata)
08 - Moderado;
14-15 leve

* Referência: TEASDALE G. JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974; 2: 957-58

* A escala proposta aplica-se a doentes com consciência e a doentes com estado superior a 3 anos. Na Escala de Glasgow aplica-se ao doente que classifica a inteligência de sua idade de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM	DO	LEVE	MODERADO	SEVERO	FLAC
0	1	2	3	4	5

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

IDENTIFICAÇÃO

Nome: MARIA APARECIDA SOARES Reg. Nº
Diagnóstico pré-operatório: Lesão Gm de R. Esquerda
Indicação terapêutica: Transfusão Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

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

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

PACIENTE em Bom Estado
SOS mesonário, Assom + Anterior
de MTE. Lesões Cerebrais, Desm.
+ Anterior. Plano de R. Esquerda,
Sutura por Ponto

0415040035 (3) L97

CONFERE COM OFICINA
129/10/17

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

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

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

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos.



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 Enfª: _____ 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
do pé esquerdo, resultando amputação
parcial, com pedido de substituição
nao mais nada a fazer. Para
ortopedia, solicito avaliação e
acompanhamento da Clínica Plástica

Natal de 09/03

CONF. DE COMISSÃO
29/03/17
LUIZ C. GOMES
Médico que solicita o parecer

Dr. Mario Adriano M. de Abreu
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5476 CPE: 022-976-0000
Médico que solicita o parecer

PARECER PLÁSTICA

Paciente MARILENE, resultando amputação
parcial na 3ª (TRP) met. E.O. e/ou áreas de
deformação, resultando e/ou sinais de necrose
importante.

Paciente já indicada ao tratamento
cirúrgico pela C. Plástica no momento. Sugiro
tratamento médico de colagem até completa reabsorção.
Em alta precise orientar paciente e/ou acompanhante
ambulatorial pela C. Plástica ou solicitar novo parecer
com os dias.

Atenciosamente

Em 10 de março de 2017

Médico que emite o parecer

Dr. Flávio Dumasq
Clínica Plástica
CRM/RN 5387
RQE 1130

ARIANA SEGUROS
13 DEZ 2017

15/03/17.

Prontuário Atualizado Prontuário de Prontuário

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

15/03/17 - Prontuário com dados de NOME PRONTO COM PRONTO.
NOME PRONTO DE PRONTO. PRONTO PRONTO PRONTO.

Dr. Mario Augusto 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.: 191.320-0

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

RELATORIO DE
HISTORIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome

MARIA APARECIDA DA SILVA

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

Hora:

- Paciente URM de Acute
Motociclista, História clínica vira
Boleteria de Atendimento

Dr. Mario Mauro M. de Abreu
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5076 C.R.: 030.978.2142

10/03/17

CIRURGIA PLÁSTICA

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

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

Dra. Jéssica Macário
Médica
CRM 8809/RN

+ Dr. Flávio
Sumarez

11/03/17

AVA

CONFERE COM ORIGINAL
29/03/17

FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
COORDENADORA DE SAÚDE
181.320-0

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Waifredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Marcia Aparecida Reg. Nº 1234
Diagnóstico pré-operatório: Dor de dente de infecção no per (E)
Indicação terapêutica: Capítulo de Dr. Marcos Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: _____ Início: _____ Término: _____ Duração: _____
Operador: Hausemann CRM/CRO: _____
1º Auxiliar: Edson Key CRM/CRO: _____
2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
Instrumentador: _____
Anestesista: _____ CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Operação feita sob anestesia em per E; do 1º ao 5º POE sem dor
por um período prévia.
Anestesia.
Necessidade de tratamento dentário e limpeza de (POE).
Colado e unido material no interior.

23/11/17

Hausemann
Ortopedista
CRM 5314 TEOT 1221

0415040055(3)

L97

CONFERE COM ORIGINAL
NATURAL
2908
PROF. DR. S. GOMES

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

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

Missão: oferecer, no âmbito hospitalar, assistência a saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravadas de condições crônicas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores ético-humanitários.



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/Órgão Emissor: _____ Data Nascimento: 1 / 1

Endereço: HSP. Cl. Secinto

Cidade: Natal UF: RN Fone: _____

Dupla Adulto (Difteria/Tétano)	Influenza (Gripe)
15005154 H M W G 08/03/017 08 05 017	
08 01 017	

P. Amacia	Outros Vacinas

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017



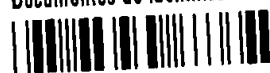
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE PERÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

maria-APARECIDA DA SILVA
NAT. NATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



ARUANA SEGUROS

13 DEZ 2017

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 002.397.553 DATA DE 30/01/2017
CENTRAL EXPEDIÇÃO

NOME MARIA APARECIDA DA SILVA

FLUXO MIGUEL PEREIRA DA SILVA
SANDRA REGINA DA SILVA

NATURA JUADE

DATA DE NASCIMENTO 12/01/1980

SÃO JOSE DE MIPIBU RN

CERT. DE NASCIMENTO L-44 F-170 RG-6769
SÃO JOSE DE MIPIBU RN-2 CARTÓRIO

CPF 014.966.634-97

Assinatura: José Elias Fe... N. J. ... 2a. VIA
ASSINATURA DO PRETOR

LEI Nº 7.103 DE 20/06/03

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE
IDENTIDADE DE ADVOGADO

JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

VICENTE FLORENCIO NEVES
VALDEIR FERREIRA NEVES

MACAIBA-RN

738239 - SSP/RN

413.039.704-48

23/04/2014

NÃO DECLARADO

DEBILITADO

PRESTADOR

DATA DE NASCIMENTO

68/03/1983

CPF

413.039.704-48

VIA

23/04/2014

11239

11239

Documentos de identificacao



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 11000080

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.952/94)

Ministério do Trabalho

11000080

ARUANA SEGUROS
13 DEZ 2017

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 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

034.966.634-97

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 034.966.634-97	Profissão
Endereço R. Maria Fátima de Oliveira		Número 235	Complemento
Bairro Mangabeira	Cidade Macaíba	Estado RN	CEP 59.280.000
Email m.adoceira@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)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

(Informar dígito se existir)

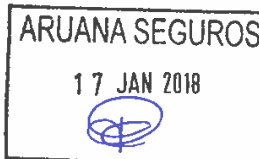
(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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 Maria Aparecida da Silva de Macai de 2018
Local e Data



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: 000.000.036.786-4

ARUANA SEGUROS
17 JAN 2018





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Maria Aparecida da Silva
DATA DO ACIDENTE 07.03.2017 CPF DA VÍTIMA 044.966.634-94
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO João Roberto Ferreira das Neves
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Procurador
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Dr. Sadi Miranda
Nº 1022 COMPLEMENTO A BAIRRO Santa Rita
CIDADE Paranaímirim UF RN CEP 53.141-085
E-MAIL hm.adressas@outlook.com TELEFONE (84) 99217-1370

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, TALS 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, TALS 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

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13/12/2017
IDENTIDADE 456298
ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 13/12/2017
NOME Priscila Florêncio
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:

Dorian Braga Saraiva



Procuração



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 Macaíba /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 n.º 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.

Macaíba, 08 de maio de 2017.



MARIA APARECIDA DA SILVA

