

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190025468 **Cidade:** Venha-Ver **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CATARINA FRANCISCA LEITE BEZERRA **Data do acidente:** 30/09/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190025468 **Cidade:** Venha-Ver **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CATARINA FRANCISCA LEITE BEZERRA **Data do acidente:** 30/09/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 713.342.664-17 Nome completo da vítima: Catarina Francisca Leite Bezerra

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

Nome completo: Catarina Francisca Leite Bezerra CPF: 713.342.664-17

Profissão: Recusou-se Endereço: St. Rufino Número: SIN Complemento: Zona Rural

Bairro: Zona Rural Cidade: Venha-Jer Estado: RN CEP: 59925-000

E-mail: - Não Possui - Tel.(DDD): 84 981409779

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1140 1 CONTA: 32.319 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (tal nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/vivos vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou representante legal não obrigatória

Local e Data: Venha-Jer RN 07/01/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Catarina Francisca Leite Bezerra

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Pedro Paulo Da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL
Endereço: Rua Maria Leodora, S/N, Centro, SÃO MIGUEL

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018129000575

1.2 Data de Expedição: 05/12/2018 09.15.36

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 30/09/2018 12.00.00

2.2 Autoria: Conhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Rural

2.7 Logradouro: SÍTIO SAMANAU

2.8 Número: 00000000

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência: PROXIMO AO FORMOSO DOS ROBERTO

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.13 Cidade: VENHA-VER

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: PEDRO PAULO BEZERRA

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: JOSE PAULO BEZERRA

3.5 Etnia: Branca

3.6 Mãe: FRANCISCA MARIA DE JESUS

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 29051805870

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 01/08/1977

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.14 RG: 001660367 - ITEPRN

3.15 Telefone(s):

3.15 Passaporte:

3.17 Número: S/N

3.16 Naturalidade: SÃO MIGUEL RN

3.18 Bairro: ZONA RURAL

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: SÍTIO FORMOSO

3.23 Cidade: VENHA-VER

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: CATARINA FRANCISCA LEITE BEZERRA

4.1.2 Estado civil: Solteiro(a)

4.1.3 Nome Social:

4.1.4 Pai: PEDRO PAULO BEZERRA

4.1.5 Mãe: RAIMUNDA FERNANDES LEITE BEZERRA

4.1.6 Identidade de Gênero:

4.1.7 Orientação Sexual:

4.1.8 Etnia: Branca

4.1.9 Sexo: FEMININO

4.1.10 Data de Nascimento: 15/11/2002

4.1.11 CPF: 71334266417

4.1.12 RG: 003887510

4.1.13 Nacionalidade:

4.1.14 Profissão: AGRICULTOR(A)

4.1.15 Logradouro: SÍTIO FORMOSO-A PEDRO DE LENINHO

4.1.16 Passaporte:

4.1.17 Número: S/N

4.1.18 E-Mail:

4.1.19 Bairro: ZONA RURAL

4.1.20 CEP:

4.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4.1.21 Cidade: VENHA-VER

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

6.1.1 Nome Completo: FRANCINALDO LEITE DA SILVA

5.1.3 Estado civil: União Estável

6.1.2 Nome Social:

6.1.5 Identidade de Gênero:

6.1.4 Etnia: Branca

6.1.7 Orientação Sexual:

6.1.6 Mãe: LINA LEITE DA SILVA

6.1.9 Pai: Branca

6.1.8 Sexo: MASCULINO

6.1.11 Data de Nascimento: 04/06/1990

6.1.10 CPF: 70148112407

6.1.13 RG: 3329835

6.1.12 Nacionalidade:

6.1.15 Profissão: AGRICULTOR

6.1.14 Passaporte:

6.1.18 CEP:

6.1.16 Logradouro: SÍTIO FORMOSO DOS ROBERTO

6.1.20 Cidade: VENHA-VER

6.1.17 Número: S/N

6.1.19 Bairro: ZONA RURAL

6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

6.2.1 Nome Completo: JOSE NEUDO ALVES FERREIRA

5.2.3 Estado civil: Casado(a)

6.2.2 Nome Social:

6.2.5 Identidade de Gênero:

6.2.4 Etnia: Branca

6.2.7 Orientação Sexual:

6.2.6 Mãe: MARIA IRANIR ALVES DE LIMA

6.2.9 Pai: Branca

6.2.8 Sexo: MASCULINO

6.2.11 Data de Nascimento: 05/08/1980

6.2.10 CPF: 00912621435

6.2.13 RG: 1889212

6.2.12 Nacionalidade:

6.2.15 Profissão: AGRICULTOR(A)

6.2.14 Passaporte:

6.2.18 CEP:

6.2.16 Logradouro: AMADEU JOSE DE QUEIROZ

6.2.20 Cidade: VENHA-VER

6.2.17 Número: 221

6.2.19 Bairro: CENTRO

6.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguradora: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: *****49072

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: PMK9408

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: POP100

7.1.9 Ano do Modelo: 2014

7.1.10 Ano de Fabricação: 2014

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: MARIA NATALIA DE SOUZA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: FRANCINALDO LEITE D SILVA



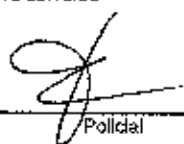
8. DADOS DA OCORRÊNCIA**9. DOS FATOS****9.1 Histórico**

O DECLARANTE VEIO ATE A ESSA DELEGACIA DE POLICIA PARA COMUNICAR QUE NA DATA, DIA E HORA SUPRACITADA, SUA FILHA SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO; QUE SUA FILHA TRAFEGAVA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA QUANDO O CONDUTOR PASSOU POR DENTRO DE UM BURACO E PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO OS DOIS A CAIREM AO SOLO; QUE O NOME DA SUA FILHA É CATARINA FRANCISCA LEITE BEZERRA, JÁ QUALIFICADA COMO VÍTIMA; QUE O NOME DO CONDUTOR DA MOTOCICLETA É FRANCINALDO LEITE DA SILVA (JÁ QUALIFICADA COMO TESTEMUNHA); QUE SUA FILHA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL DA CIDADE DE SÃO MIGUEL- HOSPITAL MUNICIPAL ÁUREA MAIA DE FIGUEIREDO-; QUE A FILHA DO DECLARANTE TEVE COMO SEU ATENDENTE O MEDICO FRANCISCO UATAN O. PAIVA - CRM 3875 ; QUE A FILHA DO DECLARANTE COMPARECEU AO HOSPITAL NA DATA DE 30/09/2018 APROXIMADAMENTE ÀS 12 HS 55 MIN. QUE ESSE BOLETIM TEM POR OBJETIVO O SEGURO DPVAT.

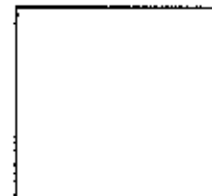
9.2 Informações do CIOSP**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)****11. DECLARAÇÃO**

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 05/12/2018 09:15:36


Policial


Interessado



Policial direito

Atendimento: 1956809 - RAIMUNDO EDSON RODRIGUES MARINHEIRO

Impresso por: 1956809 - RAIMUNDO EDSON RODRIGUES MARINHEIRO em 05/12/2018 09:15:46

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

TESTEMUNHA

X. Uani Nando Alder Ferreira

FRANCINALDO LEITE DA SILVA



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**Prefeitura Municipal de São Miguel****Fundo Municipal de Saúde do Município de São Miguel**

CNPJ 13.680.529/0001-99 - Rua Moreira Filho, SN - Maria Manoela.

Telefax.: (84) 3353-2122 - Cep: 59.920-000

Secretaria Municipal de Saúde.**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA****N.º**

Nome: Catiana Luísa Leite Bezerra Idade: 5 anos
Pai: Paulo Bezerra
Mãe: Conceição Emmanoel L Bezerra
Cartão SUS Nº: 205605429725315 Fone: () _____
Data Nasct: 15/11/02 Cor: B Sexo: ☒ F ☐ M Estado Civil: S
Naturalidade: São Miguel/RN Profissão: Agricultor RG n.º: 003867.970
Residência: Sítio Ruyão Bairro: 2 Perai
Cidade: Viçosa, N Data: 30/09/78 Hora Ent: 12:55 hs.

CONDIÇÕES DO PACIENTE A SER ATENDIDO

Aparentemente Bem ☐ C/Hemorragia ☐ Regular ☐ Em Convulsão ☐
Dispneia ☐ Politraumatizado ☐ Chocado ☐ Agitado ☐
Comatoso ☐ Outros ☐

Alega Acidente de Trabalho ☐ Sim ☒ Não

História - Causa Eficiente do Lesão (Alegada)

Queda no M56 de altura
e tra. (Ar. da M56)

Estado Físico - Lesões ou Afeições Encaixadas

Diagnóstico provável

Exames Complementares (Com. de Registro)

Exames a PDF

PA: 110 x 90 mmHgTEMP: 36

PESO: _____

PULSO: _____

RESPIRAÇÃO: _____

Dr. José Wilson O. Gomes
CPE: 112.019
CRM: 108.643-09
CRM: 108.643-09
CRM: 108.643-09

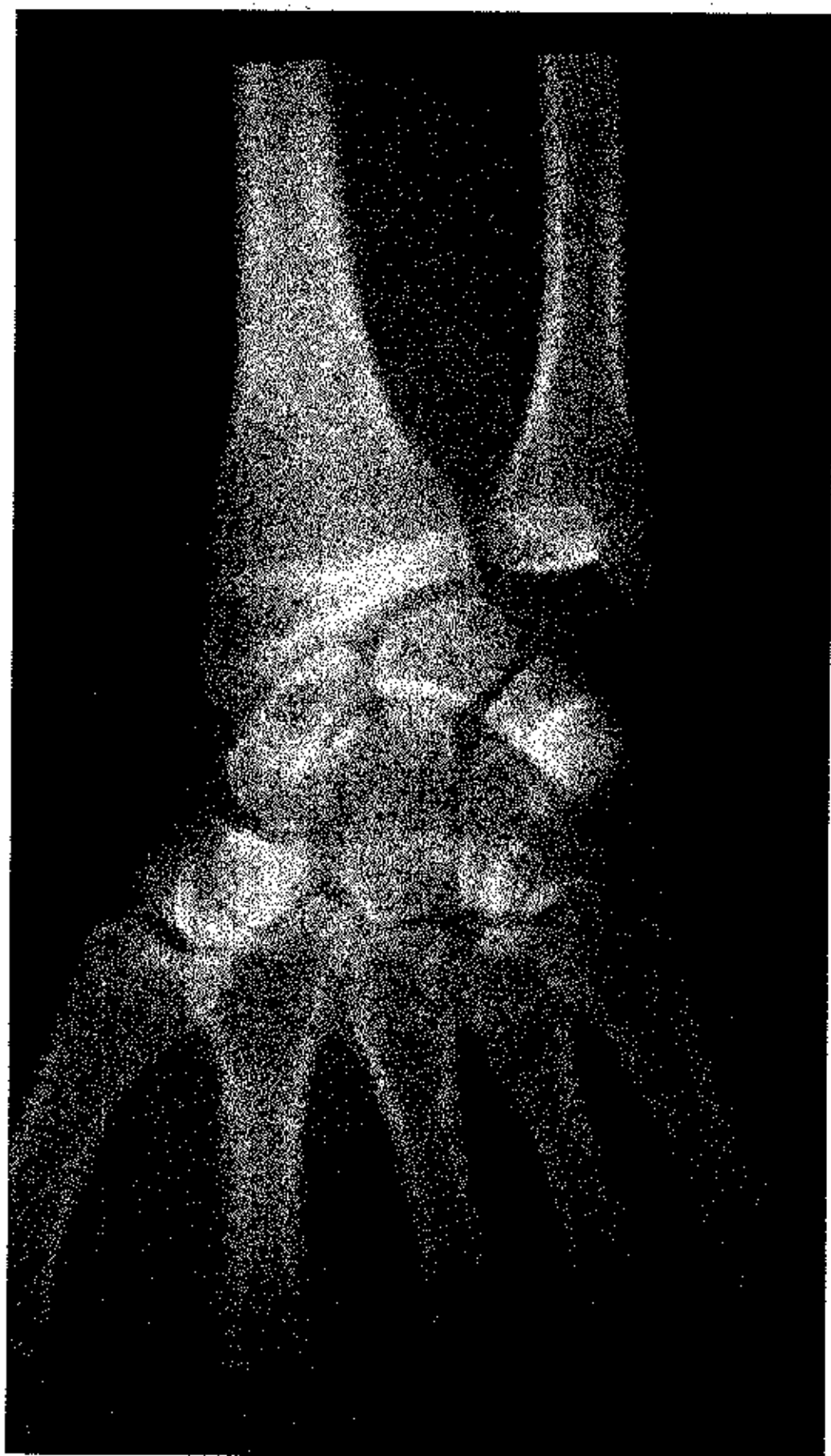
PROTÓCOLO
RECEBIDO
17/10/78
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde.

N.º

RESPIRAÇÃO:

Dr. F. M. Uliano, O. Paulo
CPF: Médico 533-49
CRM/SP: 6134
CRM/RJ: 3875



BOLETIM DE URGÊNCIA

Dr. Danilo L. de Paula
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1000

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX OMBRO (E) AP + AXILAR

RX COTOVELO (E) AP + P

RX PUNHO (E) AP + P, RX PUNHO (E) P + D

CONDUTA:

1) GESSO ANTEROPOSTERIOR NA MSE

2) DIPLOMA LG + D, LV

3) DECAVAR LONG + D, LV

4) RECEITA

5) ENLACE AO INDICADOR

Dr. Danilo L. de Paula
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1000

Médico / Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE:

Data: 30/09/18 hora: _____

Destino: Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica: ☐ Cl. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatria: ☐

Alta Médica: ☒ Alta a pedido: ☒ Alta a revelia: ☐ Transfereência: ☐ Óbito: ☐

Médico / Carimbo:

Dr. Danilo L. de Paula
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1000