

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUSSARA MARIA BASILIO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02131-8

CONTA: 000000022301-8

Nr. Autenticação

BRADESCO1601202005000000000023702131000000022301337500 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190709327

Cidade: Currais Novos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JUSSARA MARIA BASILIO

Data do acidente: 10/09/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA CABEÇA DO 5º METACARPO DO PÉ ESQUERDO COM DESVIO DOS FRAGMENTOS E LESÕES DE PARTES MOLES COM PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO DORSAL E COM EXPOSIÇÃO TENDINOSA, ÓSSEA E LESÃO NERVOSA DOS EXTENSORES.

Descrição do exame físico: VÍTIMA RELATA DOR E DORMÊNCIA EM PÉ ESQUERDO COM DIFICULDADE EM DEAMBULAR E COM REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DOS DEDOS. AO EXAME, MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA DE +/4+ EM PÉ ESQUERDO. CICATRIZES CIRÚRGICAS EM FACE DORSAL DO PÉ ESQUERDO, COM ÁREA DE ENXERTIA E PERDA DE SUBSTÂNCIA DE CERCA DE 10 X 7 CM EM FACE DORSAL DO PÉ E EM FACE LATERAL DA PERNA ESQUERDA, CORRESPONDENTE A ÁREA DE ENXERTIA DE PELE. HIPOTROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA ESQUERDA. REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO EXTENSÃO DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO, COM RIGIDEZ DO 5º PODODÁCTILO. APOIO VICIOSO PLANTAR, JÁ QUE NÃO APOIA NO SOLO O 2º AO 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS LESÕES DO PÉ ESQUERDO COM DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO COM FIO METÁLICO DA FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO. CERCA DE 28 DIAS APÓS FOI REALIZADA RECONSTRUÇÃO COM RETALHO LOCORREGIONAL DO TIBIAL POSTERIOR PEDICULADO, MICRONEURRAFIA E TENOPLASTIA. APÓS 35 DIAS REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PERDA DE SUBSTÂNCIA NO PÉ ESQUERDO COM ENXERTIA DE PELE NO DORSO DO PÉ COM ÁREA DOADORA DE PERNA ESQUERDA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ ESQUERDO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/01/2020

Conduta mantida:

Observações: A VÍTIMA PORTAVA RX DA FRATURA DESCRITA ACIMA.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 8595 /2019

Prontuário: 1188791

Paciente: 142938 - JUSSARA MARIA BASILIO

Cartão SUS: 703506039758230

CPF: 70048856401

Dt Nasc: 12/02/1995

Idade: 24 anos 6 meses 26 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA DE FATIMA ROCHA BASILIO

Nome do pai: JOSE REINALDO BASILIO

Rua/Av: TREZE DE MAIO

Nº: 723

Bairro: PAIZINHO MARIA

Complemento:

CEP: 59380000

Cidade: CURRAIS NOVOS

Telefone: 84 996724625 84 996724625

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1005

Responsável: JUSSARA MARIA BASILIO -

Usuário: FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ

Admissão: 10/09/2019 23:26:09

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S92.3 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO
408050462 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 10 de Setembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



XORVY 1 08. 12.19 E

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **142938 JUSSARA MARIA BASILIO**

Prontuário:

CNS: 703506039758230

Nascimento: 12/02/1995

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA DE FATIMA ROCHA BASILIO

Pai: JOSE REINALDO BASILIO

Endereço: AVENIDA TREZE DE MAIO, 723 - PAIZINHO MARIA - CURRAIS NOVOS

Fone: 996724625 /

Município: CURRAIS NOVOS

Código Municipal IBGE:

240310 UF: RN

CEP: 59380-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 24526 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO + LESÃO DE PARTES MOLES DO PE ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

AS ACIMNA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO + LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES

Dr. Fernando Claudino dos Santos Filho
Orto.
Cirurgião Especialista em Ortopedia
TEOR. Lesões/CRM: 7076

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S92.3 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO*408050462. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS M

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

METATARSO;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes☐ Hipertensão☐ Obesidade☐ Faz Antibioticoterapia☐ Lesão por pressão☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

JOSIVAN NUNES

CRM: 5763 / RN

Data da Solicitação 10/09/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____

CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____



Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCOPIA

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente **Jussara Maria Basílio** apresenta lesão de partes moles pé E + fratura do 5 metatarso E grave e será submetida à reconstrução com retalho locoregional da tibial posterior pediculado em 08.10.19. Pode seguir realizando curativo ambulatorialmente e receber alta

Quando vier internar no Memorial, deve trazer:

- exames de sangue atualizado
- consentimento informado assinado (com a paciente)
- AIH autorizado

CID: S91/ S92

19.09.19

Dr Hélio R P Garcia
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5500

Dr Hélio R Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM - 5500



US**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **142938 JUSSARA MARIA BASILIO**

Prontuário:

CNS: 703506039758230

Nascimento: 12/02/1995

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA DE FATIMA ROCHA BASILIO

Pai: JOSE REINALDO BASILIO

Endereço: AVENIDA TREZE DE MAIO, 723 - PAIZINHO MARIA - CURRAIS NOVOS

Fone: 996724625 /

Município: CURRAIS NOVOS

Código Municipal IBGE:

240310 UF: RN

CEP: 59380-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 24526 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO + LESÃO DE PARTES MOLES DO PE ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
AS ACIMNA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO + LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES

Dr. Fernando de Aguiar dos Santos Filho
Ortopedista - Traumatologista
CRM: 10.305, Cuiabá 7076

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S92.3 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO*408050462. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS M

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

METATARSO;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes☐ Hipertensão☐ Obesidade☐ Faz Antibioticoterapia☐ Lesão por pressão☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

JOSIVAN NUNES

CRM: 5763 / RN

Data da Solicitação 10/09/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Empresa: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado

Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____

Órgão Emissor: _____

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____

Número da Autorização: _____

ASSINATURA



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

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome

Jussara da Costa

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADICIONAIS

Data:

11/09/19

Hora:

HD: Fratura exposta do 5º PDD + Lesão de pele sobre
Ponto de entrada do ferimento (C) no antebraço direito
há 72 horas - fratura exposta do 5º metacarpo (C) + perda
de parte oncos de unha CID: S92.3

Ponto foi submetido a desbridamento + LMC + fixação
com fio de Kirsch 2.0 da fratura do 5º metacarpo (C) +
colocação de curativo especial (Aquacel) + curativo
no ferimento

Ata sublinhada o curativo especial foi desmontado com
o curativo plástico, Dr. Carlos Severina. Deu-se um banho
após 03 dias.

CD: AVB endovenosa + ardores e coceiras com
curativo plástico

Dr. Alexey Alves Gomes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 24927/IEDT 16202

CRM 7539/RN

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 08/11/2019
MAT. Nº 154878
ASSINATURA



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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Jussara Maria Barilho Idade: 24 N° Reg.: 142938
Serviço: Cirurgia Plástica Enf.: 4 Leito: 447

AO SERVIÇO: Ortopedia

(ALEXKY)

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

Paciente com história de fratura em 5º metatarso esquerdo e perda de substância no dorso do pé esquerdo, associando a perda de substância. Internado pela ortopedia, submetida a fixação da fratura e acompanhado pela cirurgia plástica, aguardando cirurgia com Dr. Hélio, dia 02/10/19, no Hospital Memorial. Apresentando sinais de flogose no local do fixador. Solicito avaliação e conduta. (Dr. ALEXKY)

Dr. Anísio Virgolino S. Filho
CRM/RN 5792
Médico (RM2)

Natal/RN, 25 de 09

Grato,
de 2019

Médico que solicita o parecer

PARECER:

Paciente em pós-operatório de fixação de fr de 5º MTT (E) com 8K + lesão do partes molle dorso do pé EF: 8K fixo e sem sinais de infecção CP: Manter o fio por 08 semanas.

Natal/RN, 27 de 09 de 19

DR. DRÓGO F. TORQUATO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN: 6770/TEO 14133

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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Isadora Maria Basilio Idade: _____ N° Reg.: _____
Serviço: Neurologia Clínica Enq.: _____ Leito: 447

AO SERVIÇO: Cardiologia

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

Paciente com neurologia de emergência.
Solicita exame cardiológico

Natal/RN, 06 de 10 de 19

Dr. Clarissa Sales Gurgel
Médica
CRM-RN 9581

Médico que solicita o parecer

PARECER:

Exame ECG em 6/10/19

- Ritmo Sinusal -

Paciente sem antecedentes cardíacos, para

ECG: RCP, 24, 54, 75, 84, 100, 70, 25

An: MYO GINA

Ext: por pulso

ECG: dentro dos padrões da normalidade

concep: Ritmo ASA I

Natal/RN, 7 de 10 de 19

Dr. Flávio Araújo
Cardiologista
CRM-RN 6646

Médico que emite o parecer

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: DR 14/10/19
MAT. N°: 150828/0
ASSINATURA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública,
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis SarnhoBOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Miguel Afonso Brito

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta do 5º metacarpo (C) + lesão de parte molaIndicação terapêutica: Fratura exposta do 5º MTC Urgência (X) Eletiva () pr-C

INTERVENÇÃO

Data: 11/09/19 Início: 01.30L Término: 02.30L Duração: 60 minOperador: Alexy ALVES GARCIACRM/CRO: 23327/PR 7539/RN1º Auxiliar: Fernando Filho

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentação:

Anestesista: Pedro Carlos S. NetoCRM/CRO: 4712

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1) Ponto em dúvida dorsal sob regulação
- 2) Ligação a SF 0,91, 08 Lt + clausura direita de fte mola exposta
- 3) Ligação de corpo estivo
- 4) Ligação a SF 0,91, 07 Lt + clausura direita de fte mola exposta
- 5) Desbridamento de parte mola + implante de conduto articular
- 6) Fixação de fte mola 5º MTC (MTC) com fio de PDS 2.0;
- 7) Colocação de curativo especial Agnecel 150;
- 8) Curativo estivo
- 9) Ombudo boa perf. perf.

[Assinatura]
CRM 23327/PR 7539/RN

CRM 7539/RN

0415040035(3) 497 R\$ 343

0408050462(3) 5923 R\$ 268

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

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



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: Vanessa Maria Banto Reg. Nº -142930Diagnóstico pré-operatório: pele e substância no pé eIndicação terapêutica: manter a pele Urgência () Eletiva (X)

INTERVENÇÃO

Data: 17/10/19 Início: _____ Término: _____ Duração: _____Operador: Dr. Romero CRM/CRO: _____1º Auxiliar: Dr. Puello CRM/CRO: _____

2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____

Instrumentador: _____

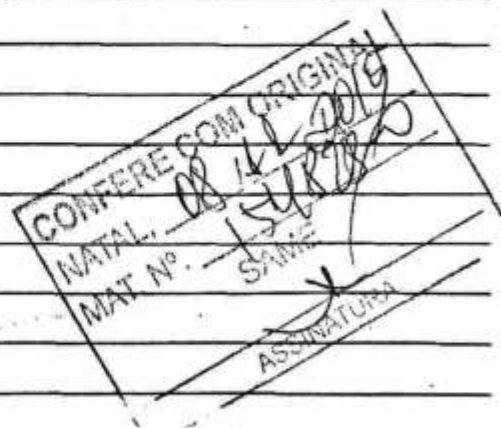
Anestesista: Dr. Puello CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1) Autonequia da pele com estenose
+ com lesões operatórias
- 2) Realizado ressecção de pele presente
no dorso do pé e com uma lesão
profunda em pé
- 3) Fideus no pé com pontos de sutura
- 4) Curativo e troca de gaze.

17/10/19

Assinado por: Roberto G. de Faria
Cirurgia Plástica
CRM/RN 3029



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

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



GOVERNO DO ESTADO RN
SEC. SAÚDE PÚBLICA
HOSP. MONS. WILFREDO GURGEL

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

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 Jussara Maria Basílio	6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 703 5060 3975 8230	8 - DATA DE NASCIMENTO 12/02/1995	9 - SEXO MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO <input checked="" type="checkbox"/>	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Maria de Fatima Rocha Basilio	11 - TELEFONE DE CONTATO 99929-8048
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) Av. 13 de Maio Nº 723	13 - MUNICÍPIO Currais Novos	14 - BAIRRO	15 - UF RN	16 - CEP 99865-6413

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente com lesão grave de partes moles do tornozelo/pé E, com exposição tendinosa e óssea + lesão nervosa do fibular. Necessita cirurgia para reconstrução microcirúrgica com retalho livre
--

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade cirúrgica

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Exame físico + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Lesão tornozelo D	21 - CID 10 PRINCIPAL S82 / S81	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
--	---	------------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Reconstrução por microcirurgia qualquer parte	26 - LEITO/CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Hélio Rubens Polido Garcia
25 - COD. DO PROCEDIMENTO 41304026-7 + 0403020069 + 0408060476 + 0413040178	29 - DT. SOLICITAÇÃO	30 - CNS / CPF Dr. Hélio Rubens Polido Garcia CRM 5900 - RN Cirurgia da Mão e Microcirurgia	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO 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			
41 - () CID. 10 PRINCIPAL		DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - () CID. 10 SECUNDÁRIO		43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT. AUT.	51 - DT. AUT.	
48 - CNS / CPF		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	

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

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

RECEITUÁRIONOME: Jussara Maria BarboMATRÍCULA: 147938

Pela Cirurgia Plástica

Encaminhada a paciente supra citada, 24a, feminina, vítima de acidente de moto, com fratura exposta + lesão tendinea + perda de substância em pé esquerdo. Submetida a cirurgia ortopédica hoje, 11/09 às 01:30.

A paciente terá consulta com Dr. Hélio (Ortopedista e microcirurgia), no Hospital Memorial, amanhã, 12/09, às 08:00 da manhã, autossuportado pelo mesmo, após contato prévio por Dr. José Alves (Cir. Plástica).

Por gentileza, agendar com o N/R e Central de transportes, para sair às 07:00 da manhã.

Grato,

Dr. Anísio Virgílio S. Filho
CRM/RN 5792
1º T Médico (RM2)

DATA 11/09/2019

MÉDICO - CRM

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



[illegible]

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olfhos se abrem espontaneamente.	
Olfhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se estiver por menos de 4, se não 3.)	3
Olfhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olfhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde acuradamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, onde está, o dia, o mês, o ano, o dia, etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas acuradamente, mas há alguma desorientação ou confusão)	4
Palavras inapropriadas (Não alucina, mas não tem resposta racional.)	3
Somente palavras, (Responde com palavras soltas.)	2
Sussurros.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece à ordem verbal. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Resposta incoerente a dor.	4
Resposta flexa à dor (Desorientação).	3
Resposta extensora à dor (Desorientação).	2
Resposta flexa à dor (Desorientação).	1

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

¹ "Escala de Trauma Revisada (RT): Uma escala de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Revisão Adaptada de Chonglin H.R. Sacco W.J. Cooper, et al: A revision of the Trauma score. J Trauma 29(5) 824, 1999.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE:
(ATLS 2005)*

03 - 08-grave (necesitatea de
intubării imediate);
09- 3= moderată;
14-15-mare

* Referência: TEASDALE G., JENNET, B. Assessed of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974;2:81-84

"A escola proposta aplica-se a alunos concluintes e que tenham concluído com idade superior a 3 anos. Na Escola Qualifica solicita-se ao aluno que classifique a importância de sua vida de acordo com as seguintes afirmações:

SEM OOR	LEVE	Moderada	Intensa	Plus Pos
0	1	2	3	4



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 46898 /2019

Admissão: 10/09/2019 21:51:04

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 142938 - JUSSARA MARIA BASILIO (24 a 6 m 26 d)

Nascimento: 12/02/1995 Natural: CURRAIS NOVOS, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 703506039758230

CPF: 70048856401

Prof:

Mãe: MARIA DE FATIMA ROCHA BASILIO

Pai: JOSE REINALDO BASILIO

Lugar de nascimento: TREZE DE MAIO, 723

CEP: 59380000

Bairro: PAIZINHO MARIA

Cidade: CURRAIS NOVOS

Telefone: 84 996724625

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 10/09/2019 21:46:20				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
21:52					17	72		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: LESÃO COM GRANDE PERDA DE SUBSTÂNCIA NO PE E APOS Queda DE MOTO

Hora: 21:52 Paciente trazida em ambulância sem sinais vitais em perigosas condições. Foi vítima de queda sobre o BR de Currais Novos/RN. No momento do acidente estava usando capacete. A paciente estava pilotando o veículo quando se distraiu com um inseto, perdendo controle da motocicleta. No local, convulsões, náuseas e vômitos. O acidente ocorreu por volta das 16:00h de hoje. Foi atendida no hospital de Currais Novos.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas patentes. Não apresenta convulsões.
B Espirais de O₂ ambiente. MVQ de 12 l/min. SINAIS.
C Hemodinamicamente estável, pulso cheio. Não há sangramentos evidentes.
D Glasgow 15
E De acordo com o exame de pele.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Urgência de Tórax, abdominal e pelvica. Trauma radiográfico corrigido.

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Trauma.

*Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ. Impresso em 10 de Setembro de 2019.



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A
B
C
D
E

A(ALERGIAS) NegaM(MEDICAÇÃO EM USO) NegaP(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PREVIAS) Ny. de Ny. Ny. Ny.L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) há seis mesesA(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) BKV (PASSADO VACINAL) De há menos de cinco anos. (SIC)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA@MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

① Lipstetina, O2FA + socul SF 97% LV② Acta de cirurgia geral

W. R. + Dr. Eduardo Teixeira
 Dr. Wendel Ribeiro
 Clínico Geral
 CRM/RN 9341

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL ESTADUAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



Paciente: 142938 JUSSARA MARIA BASILIO

Nascimento: 12/02/1995 Idade: 24 ano(s) 6 mes(es) 2 Natural: RN CURRAIS NOVOS

Sexo: Feminino

CNS: 703506039758230 CPF: 70048856401

Cor: PARDA

Prof:

Mãe: MARIA DE FATIMA ROCHA BASILIO

Paí: JOSE REINALDO BASILIO

Endereço: AVENIDA TREZE DE MAIO, 723 - PAIZINHO MARIA - CURRAIS NOVOS

Cidade: RN CURRAIS NOVOS

CEP: 59380-000 Telefone: (84) 996724625

BOLETIM Nº: 46898/2019

Sala Inicial: **POLITRAUMA**

- AMARELO - 60 Min

Triagem: 10/09/2019 21:46

Admissão: 10/09/2019 21:51

Boletim: 10/09/2019 22:53

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. INTERIOR

Queixa: LESÃO COM GRANDE PERDA DE SUBSTANCIA NO PE E APOS QUEDA DE MOTO

Observação:

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente alega acidente de trabalho? ☐ Sim ☒ Não Profissão e Empresa:

Notif. de viol. interpessoal/autoagressão: ☐ Sim ☒ Não

PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO
+ LESÃO DE PARTES MOLES DO PE ESQUERDO

Alergia: NEGA

Medicação em uso:

EXAME FÍSICO

PERDA DE TENDÕES EXTENSORES + FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO

Solicito exames :

32020115 - PE/DEDOES DO PE ESQUERDO - RX

Dr. Fernando Nunes
CRM: RN 5763
TEOT. 16369/CRM. 7076

Profissional: JOSIVAN NUNES

CRM: RN 5763

Saída: () Liberação Médica; () Revela; () Internação; () Óbito c/Declar; () Óbito SVO/ITEP; () Transferido para:

Data e Hora da Saída: __/__/2019 __: __

Médico:



U. King

[illegible]

PAZ/INHO/ARIARREZA LEBLANC
CURRÁS NOVOS RR
59383-000

0388477016 10/2019
10/10/2019 04/11/2019
78,82

PAZ/INHO/ARIARREZA LEBLANC
CURRÁS NOVOS RR
59383-000

0388477016 10/2019
10/10/2019 04/11/2019
78,82

Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
95,520000	0,12	84,36
	4,37	0,12
	7,74	4,37
	1,05	7,74
	0,20	1,05
		0,20

[illegible]

Continued from p. 1

Year	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	2101	2102	2103	2104	2105	2106	2107	2108	2109	2110	2111	2112	2113	2114	2115	2116	2117	2118	2119	2120	2121	2122	2123	2124	2125	2126	2127	2128	2129	2130	2131	2132	2133	2134	2135	2136	2137	2138	2139	2140	2141	2142	2143	2144	2145	2146	2147	2148	2149	2150	2151	2152	2153	2154	2155	2156	2157	2158	2159	2160	2161	2162	2163	2164	2165	2166	2167	2168	2169	2170	2171	2172	2173	2174	2175	2176	2177	2178	2179	2180	2181	2182	2183	2184	2185	2186	2187	2188	2189	2190	2191	2192	2193	2194	2195	2196	2197	2198	2199	2200	2201	2202	2203	2204	2205	2206	2207	2208	2209	2210	2211	2212	2213	2214	2215	2216	2217	2218	2219	2220	2221	2222	2223	2224	2225	2226	2227	2228	2229	2230	2231	2232	2233	2234	2235	2236	2237	2238	2239	2240	2241	2242	2243	2244	2245	2246	2247	2248	2249	2250	2251	2252	2253	2254	2255	2256	2257	2258	2259	2260	2261	2262	2263	2264	2265	2266	2267	2268	2269	2270	2271	2272	2273	2274	2275	2276	2277	2278	2279	2280	2281	2282	2283	2284	2285	2286	2287	2288	2289	2290	2291	2292	2293	2294	2295	2296	2297	2298	2299	2300	2301	2302	2303	2304	2305	2306	2307	2308	2309	2310	2311	2312	2313	2314	2315	2316	2317	2318	2319	2320	2321	2322	2323	2324	2325	2326	2327	2328	2329	2330	2331	2332	2333	2334	2335	2336	2337	2338	2339	2340	2341	2342	2343	2344	2345	2346	2347	2348	2349	2350	2351	2352	2353	2354	2355	2356	2357	2358	2359	2360	2361	2362	2363	2364	2365	2366	2367	2368	2369	2370	2371	2372	2373	2374	2375	2376	2377	2378	2379	2380	2381	2382	2383	2384	2385	2386	2387	2388	2389	2390	2391	2392	2393	2394	2395	2396	2397	2398	2399	2400	2401	2402	2403	2404	2405	2406	2407	2408	2409	2410	2411	2412	2413	2414	2415	2416	2417	2418	2419	2420	2421
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

U. King

[illegible]

PAZ/INHO/ARIARREZA URBANA
CURRUS NOVOS RR
59383-000

0388477016 10/2019
10/10/2019 04/11/2019
78,82

PAZ/INHO/ARIARREZA URBANA
CURRUS NOVOS RR
59383-000

0388477016 10/2019
10/10/2019 04/11/2019
78,82

Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
95,520000	0,12	84,36
	4,37	0,12
	7,74	4,37
	1,05	7,74
	0,20	1,05
		0,20

[illegible]

Continued from p. 1

Year	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	2101	2102	2103	2104	2105	2106	2107	2108	2109	2110	2111	2112	2113	2114	2115	2116	2117	2118	2119	2120	2121	2122	2123	2124	2125	2126	2127	2128	2129	2130	2131	2132	2133	2134	2135	2136	2137	2138	2139	2140	2141	2142	2143	2144	2145	2146	2147	2148	2149	2150	2151	2152	2153	2154	2155	2156	2157	2158	2159	2160	2161	2162	2163	2164	2165	2166	2167	2168	2169	2170	2171	2172	2173	2174	2175	2176	2177	2178	2179	2180	2181	2182	2183	2184	2185	2186	2187	2188	2189	2190	2191	2192	2193	2194	2195	2196	2197	2198	2199	2200	2201	2202	2203	2204	2205	2206	2207	2208	2209	2210	2211	2212	2213	2214	2215	2216	2217	2218	2219	2220	2221	2222	2223	2224	2225	2226	2227	2228	2229	2230	2231	2232	2233	2234	2235	2236	2237	2238	2239	2240	2241	2242	2243	2244	2245	2246	2247	2248	2249	2250	2251	2252	2253	2254	2255	2256	2257	2258	2259	2260	2261	2262	2263	2264	2265	2266	2267	2268	2269	2270	2271	2272	2273	2274	2275	2276	2277	2278	2279	2280	2281	2282	2283	2284	2285	2286	2287	2288	2289	2290	2291	2292	2293	2294	2295	2296	2297	2298	2299	2300	2301	2302	2303	2304	2305	2306	2307	2308	2309	2310	2311	2312	2313	2314	2315	2316	2317	2318	2319	2320	2321	2322	2323	2324	2325	2326	2327	2328	2329	2330	2331	2332	2333	2334	2335	2336	2337	2338	2339	2340	2341	2342	2343	2344	2345	2346	2347	2348	2349	2350	2351	2352	2353	2354	2355	2356	2357	2358	2359	2360	2361	2362	2363	2364	2365	2366	2367	2368	2369	2370	2371	2372	2373	2374	2375	2376	2377	2378	2379	2380	2381	2382	2383	2384	2385	2386	2387	2388	2389	2390	2391	2392	2393	2394	2395	2396	2397	2398	2399	2400	2401	2402	2403	2404	2405	2406	2407	2408	2409	2410	2411	2412	2413	2414	2415	2416	2417	2418	2419	2420	2421
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

De:

JUSSARA MARIA BASÍLIO

Av. Treze de maio, 723 - Paizinho Maria

Currais Novos/RN - CEP: 59.380-000

Terra do Sol Corretora de Seguros

JU 50336361 2 BR



Eu, **JUSSARA MARIA BASILIO**, portador do CPF: 70048856401, venho através desta, solicitar a reanálise do meu processo, pois, sinto-me completamente injustiçada e lesada pela seguradora, por ter meu pedido de Seguro DPVAT **NEGADO**, mesmo eu tendo toda a documentação necessária, e mesmo assim não tive a oportunidade de ser periciada, para que fossem constatadas todas as sequelas que tenho, devido ao acidente que sofri em **10 de setembro de 2019**.

Sempre estive e estou, inteiramente disponível para **PERÍCIA MÉDICA**, caso achem necessário.

Em anexo envio **PRONTUÁRIO MÉDICO** de dois procedimentos cirúrgicos, a qual fui submetida.

Currais Novos/RN, 18 de dezembro de 2019.

JUSSARA MARIA BASILIO
SINISTRO 3190689671

De:

JUSSARA MARIA BASÍLIO

Av. Treze de maio, 723 - Paizinho Maria

Currais Novos/RN - CEP: 59.380-000

Para:

Terra do Sol Corretora de Seguros

Av. Dão Silveira, 7940, Loja 41

Candelária - Natal/RN - CEP: 59.066-180



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190709327

Cidade: Currais Novos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JUSSARA MARIA BASILIO

Data do acidente: 10/09/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA CABEÇA DO 5º METACARPO DO PÉ ESQUERDO COM DESVIO DOS FRAGMENTOS E LESÕES DE PARTES MOLES COM PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO DORSAL E COM EXPOSIÇÃO TENDINOSA, ÓSSEA E LESÃO NERVOSA DOS EXTENSORES.

Descrição do exame físico: VÍTIMA RELATA DOR E DORMÊNCIA EM PÉ ESQUERDO COM DIFICULDADE EM DEAMBULAR E COM REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DOS DEDOS. AO EXAME, MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA DE +/4+ EM PÉ ESQUERDO. CICATRIZES CIRÚRGICAS EM FACE DORSAL DO PÉ ESQUERDO, COM ÁREA DE ENXERTIA E PERDA DE SUBSTÂNCIA DE CERCA DE 10 X 7 CM EM FACE DORSAL DO PÉ E EM FACE LATERAL DA PERNA ESQUERDA, CORRESPONDENTE A ÁREA DE ENXERTIA DE PELE. HIPOTROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA ESQUERDA. REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO EXTENSÃO DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO, COM RIGIDEZ DO 5º PODODÁCTILO. APOIO VICIOSO PLANTAR, JÁ QUE NÃO APOIA NO SOLO O 2º AO 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS LESÕES DO PÉ ESQUERDO COM DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO COM FIO METÁLICO DA FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO. CERCA DE 28 DIAS APÓS FOI REALIZADA RECONSTRUÇÃO COM RETALHO LOCORREGIONAL DO TIBIAL POSTERIOR PEDICULADO, MICRONEURRAFIA E TENOPLASTIA. APÓS 35 DIAS REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PERDA DE SUBSTÂNCIA NO PÉ ESQUERDO COM ENXERTIA DE PELE NO DORSO DO PÉ COM ÁREA DOADORA DE PERNA ESQUERDA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ ESQUERDO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/01/2020

Conduta mantida:

Observações: A VÍTIMA PORTAVA RX DA FRATURA DESCRITA ACIMA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190709327 **Cidade:** Currais Novos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUSSARA MARIA BASILIO **Data do acidente:** 10/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.2,4-7,15(BAM) P.3,11,16(RELATÓRIO) P.8,9(CIRURGIA) SINISTRO ANTERIOR (3190689671) COM MESMA DATA DE ACIDENTE DE SINISTRO ATUAL: SEM SEQUELA PELA AMD (13/12/2019). SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190709327 **Cidade:** Currais Novos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUSSARA MARIA BASILIO **Data do acidente:** 10/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.2,4-7,15(BAM) P.3,11,16(RELATÓRIO) P.8,9(CIRURGIA) SINISTRO ANTERIOR (3190689671) COM MESMA DATA DE ACIDENTE DE SINISTRO ATUAL: SEM SEQUELA PELA AMD (13/12/2019). SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0459536/19

Vítima: JUSSARA MARIA BASILIO

CPF: 700.488.564-01

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JUSSARA MARIA BASILIO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JUSSARA MARIA BASILIO : 700.488.564-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/12/2019
Nome: JUSSARA MARIA BASILIO
CPF: 700.488.564-01

JUSSARA MARIA BASILIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190709327**

Nome do(a) Examinado(a): **JUSSARA MARIA BASILIO**

Endereço do(a) Examinado(a):

AVENIDA TREZE DE MAIO, 723 - Currais Novos - RN - CEP 59380-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ITEP /RN**] **003.296.862**

Data e local do acidente: [**10/09/2019**] **CURRAIS NOVOS/ RN**

Data e local do exame: [**07/01/2020**] **Natal** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA EXPOSTA DA CABEÇA DO 5º METACARPO DO PÉ ESQUERDO COM DESVIO DOS FRAGMENTOS E LESÕES DE PARTES MOLES COM PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO DORSAL E COM EXPOSIÇÃO TENDINOSA, ÓSSEA E LESÃO NERVOSA DOS EXTENSORES.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA RELATA DOR E DORMÊNCIA EM PÉ ESQUERDO COM DIFICULDADE EM DEAMBULAR E COM REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DOS DEDOS. AO EXAME, MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA DE +/4+ EM PÉ ESQUERDO. CICATRIZES CIRÚRGICAS EM FACE DORSAL DO PÉ ESQUERDO, COM ÁREA DE ENXERTIA E PERDA DE SUBSTÂNCIA DE CERCA DE 10 X 7 CM EM FACE DORSAL DO PÉ E EM FACE LATERAL DA PERNA ESQUERDA, CORRESPONDENTE A ÁREA DE ENXERTIA DE PELE. HIPOTROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA ESQUERDA. REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO EXTENSÃO DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO, COM RIGIDEZ DO 5º PODODÁCTILO. APOIO VICIOSO PLANTAR, JÁ QUE NÃO APOIA NO SOLO O 2º AO 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS LESÕES DO PÉ ESQUERDO COM DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO COM FIO METÁLICO DA FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO. CERCA DE 28 DIAS APÓS FOI REALIZADA RECONSTRUÇÃO COM RETALHO LOCORREGIONAL DO TIBIAL POSTERIOR PEDICULADO, MICRONEURRAFIA E TENOPLASTIA. APÓS 35 DIAS REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PERDA DE SUBSTÂNCIA NO PÉ ESQUERDO COM ENXERTIA DE PELE NO DORSO DO PÉ COM ÁREA DOADORA DE PERNA ESQUERDA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ ESQUERDO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do pé esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º

da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Pé esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

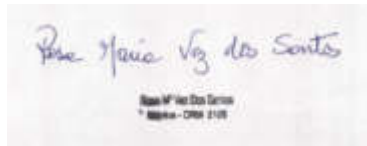
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

A VÍTIMA PORTAVA RX DA FRATURA DESCRITA ACIMA.



Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190709327

Vítima: JUSSARA MARIA BASILIO

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUSSARA MARIA BASILIO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190709327

Vítima: JUSSARA MARIA BASILIO

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JUSSARA MARIA BASILIO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190709327

Vítima: JUSSARA MARIA BASILIO

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUSSARA MARIA BASILIO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%	
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$ 3.375,00

Recebedor: **JUSSARA MARIA BASILIO**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **237**

Agência: **000002131-8**

Conta: **0000022301-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 700.488.564-01 4 - Nome completo da vítima: JUSSARA MARIA BASÍLIO

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

5 - Nome completo: JUSSARA MARIA BASÍLIO 6 - CPF: 700.488.564-01
7 - Profissão: NÃO INFORMADA 8 - Endereço: AV TREZE DE MAIO 9 - Número: 723 10 - Complemento:
11 - Bairro: PAIZINHO MARIA 12 - Cidade: CURRAIS NOVOS 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.380-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 99865-6413

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 2131 8 CONTA: 22307 8

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.

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau do Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

40 - Local e Data, CURRAIS NOVOS/RN, 29 DE NOVEMBRO DE 2019

Jussara Maria Basílio
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 700.488.564-01 4 - Nome completo da vítima: JUSSARA MARIA BASÍLIO

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

5 - Nome completo: JUSSARA MARIA BASÍLIO 6 - CPF: 700.488.564-01
7 - Profissão: NÃO INFORMADA 8 - Endereço: AV TREZE DE MAIO 9 - Número: 723 10 - Complemento:
11 - Bairro: PAIZINHO MARIA 12 - Cidade: CURRAIS NOVOS 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.380-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 99865-6413

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 2131 8 CONTA: 22307 8

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.

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau do Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

40 - Local e Data, CURRAIS NOVOS/RN, 29 DE NOVEMBRO DE 2019

Jussara Maria Basílio
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE CURRAIS NOVOS

Endereço: RUA RIO GRANDE DO NORTE, 216, STA MARIA GORETE, CURRAIS NOVOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019097001227

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 12/11/2019 16:33:44

1.4 Língua CLOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 10/09/2019 16:00:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: BR 226

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: CURRAIS NOVOS

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JUSSARA MARIA BASILIO

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Sem Informação

3.7 Sexo: FEMININO

3.9 CPF: 70048856401

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: ESTUDANTE

3.16 Telefone(s):

3.17 Número: 723

3.19 Bairro: PAIZINHO MARIA

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: CURRAIS NOVOS

3.2 Estado civil: Sem Informação

3.4 Pai: JOSE REINALDO BASILIO

3.6 Mãe: MARIA DE FATIMA ROCHA BASILIO

3.8 Orientação Sexual: Ignorado

3.10 Identidade de Gênero: Ignorado

3.12 Data de Nascimento: 12/02/1996

3.14 RG: 003296662 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Nacionalidade: CURRAIS NOVOS RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: AVENIDA 13 DE MAIO

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: *****59632

7.1.5 Placa: MY16406

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2004

7.1.11 Cor do veículo: AZUL

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: DANIELE ROCHA SILVA

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN KS

7.1.10 Ano de Fabricação: 2004

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A COMUNICANTE VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA INFORMAR QUE VINHA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA NA BR 226, QUANDO SOFREU A PICADA DE UMA ABELHA E PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTO, QUE AO PERDER O CONTROLE CAIU NO ACOSTAMENTO DA ESTRADA, QUE NA QUEDA SOFREU UMA FRATURA EXPOSTA, QUE FOI SOCORRIDA ATÉ O HOSPITAL LOCAL DE CURRAIS NOVOS E EM SEGUIDA ENCAMINHADA ATÉ O HOSPITAL WILFREDO GURGEL ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

9.2 Informações do CLOSP

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 12/11/2019 16:33:44

Policial

Interessado

Polgar direito

Atendimento: 2070944 - PAULO SÉRGIO VERAS NICÁCIO

Impresso por: 2070944 - PAULO SÉRGIO VERAS NICÁCIO em 12/11/2019 16:33:49

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2019097001227



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 CURRAIS NOVOS

Endereço: RUA RIO GRANDE DO NORTE, 216, STA MARIA GORETE, CURRAIS NOVOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019097001227

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 12/11/2019 16:33:44

1.4 Língua CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 10/09/2019 16:00:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: BR 226

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: CURRAIS NOVOS

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JUSSARA MARIA BASILIO

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Sem Informação

3.7 Sexo: FEMININO

3.9 CPF: 70048856401

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: ESTUDANTE

3.16 Telefone(s):

3.17 Número: 723

3.19 Bairro: PAZINHO MARIA

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: CURRAIS NOVOS

3.2 Estado civil: Sem Informação

3.4 Pai: JOSE REINALDO BASILIO

3.6 Mãe: MARIA DE FATIMA ROCHA BASILIO

3.8 Orientação Sexual: Ignorado

3.10 Identidade de Gênero: Ignorado

3.12 Data de Nascimento: 12/02/1996

3.14 RG: 003296662 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Nacionalidade: CURRAIS NOVOS RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: AVENIDA 13 DE MAIO

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: *****59632

7.1.5 Placa: MY16406

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2004

7.1.11 Cor do veículo: AZUL

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: DANIELE ROCHA SILVA

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN KS

7.1.10 Ano de Fabricação: 2004

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A COMUNICANTE VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA INFORMAR QUE VINHA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA NA BR 226, QUANDO SOFREU A PICADA DE UMA ABELHA E PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTO, QUE AO PERDER O CONTROLE CAIU NO ACOSTAMENTO DA ESTRADA, QUE NA QUEDA SOFREU UMA FRATURA EXPOSTA, QUE FOI SOCORRIDA ATÉ O HOSPITAL LOCAL DE CURRAIS NOVOS E EM SEGUIDA ENCAMINHADA ATÉ O HOSPITAL WILFREDO GURGEL ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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 12/11/2019 16:33:44

Policial

Interessado

Polgar direito

Atendimento: 2070944 - PAULO SÉRGIO VERAS NICÁCIO

Impresso por: 2070944 - PAULO SÉRGIO VERAS NICÁCIO em 12/11/2019 16:33:49

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2019097001227

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 700.488.564-01 4 - Nome completo da vítima: JUSSARA MARIA BASÍLIO

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

5 - Nome completo: JUSSARA MARIA BASÍLIO 6 - CPF: 700.488.564-01
7 - Profissão: NÃO INFORMADA 8 - Endereço: AV TREZE DE MAIO 9 - Número: 723 10 - Complemento:
11 - Bairro: PAIZINHO MARIA 12 - Cidade: CURRAIS NOVOS 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.380-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 99865-6413

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2131 8 CONTA: 22307 8
(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.

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau do Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

40 - Local e Data, CURRAIS NOVOS/RN, 29 DE NOVEMBRO DE 2019

Jussara Maria Basílio
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 700.488.564-01 4 - Nome completo da vítima: JUSSARA MARIA BASÍLIO

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

5 - Nome completo: JUSSARA MARIA BASÍLIO 6 - CPF: 700.488.564-01
7 - Profissão: NÃO INFORMADA 8 - Endereço: AV TREZE DE MAIO 9 - Número: 723 10 - Complemento:
11 - Bairro: PAIZINHO MARIA 12 - Cidade: CURRAIS NOVOS 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.380-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 99865-6413

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 2131 8 CONTA: 22307 8

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.

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau do Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

40 - Local e Data, CURRAIS NOVOS/RN, 29 DE NOVEMBRO DE 2019

Jussara Maria Basílio
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)


42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

AFIRMAÇÃO

Afirmamos para os devidos fins que o (a) paciente, JUSSARA MAMA
BASTO, 24 anos, foi atendido
pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192/RN) Currais
Novos/RN, no dia 10/09/19, no endereço SITIO HINDOR
RUA XIMO A BR 226. Paciente
vítima de QUEIMA DE FATO.

Currais Novos, 14 de SETEMBRO de 2019.



Lígia Dalcida P. S. Oliveira
COREN-RN 150.737 - ENF

Enfermeira de plantão/Coordenadora de Enfermagem

AFIRMAÇÃO

Afirmamos para os devidos fins que o (a) paciente, JUSSARA MAMA
BASTO, 24 anos, foi atendido
pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192/RN) Currais
Novos/RN, no dia 10/09/19, no endereço SITIO HINDOR
RMSXHO A BR 226. Paciente
vítima de QUEIMA DE FATO.

Currais Novos, 14 de SETEMBRO de 2019.


Lígia Da Costa P. S. Oliveira
COREN-RN 150.737 - ENF

Enfermeira de plantão/Coordenadora de Enfermagem

U. King

COSEERN
AS DO CLIENTE
AV. CARLOS ROCHA BASILIO
10015-000
AV. TREZE DE MARÇO 723
ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE COLEGIAL DOA
ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE COLEGIAL DOA

PAZ'S HOT MARIJUANA LEBANON
CURRANT NOV08 RIA
5938J-000

0388477016 **10/2019**

10/10/2019 **04/11/2019**

78,92

CANTIDAD	PRECIO	VOLUMEN
95.670000		84.36
		0.12
		4.57
		7.74
		1.05
		0.20

[illegible][illegible]

U. King

COSEERN
AS DO CLIENTE
AV. CARLOS ROCHA BASILIO
10015-000
AV. TREZE DE MARÇO 723
ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE COLEGIAL DOA
ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE COLEGIAL DOA

[illegible][illegible][illegible]



Shed de med.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURRAIS NOVOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

46372

70

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: MILU GONCALVES		DATA: 10/09/19	HORA: 16:55h
IDENTIFICAÇÃO			
NOME: JOSEFA MARIA ASSIS		IDADE: 24	SEXO: () M (X) F
NOME DA MÃE: MILU DA SILVA ASSIS		RAÇA:	
Nº CARTÃO SUS: 35 6060 3425 0220	CPF/IRG: 002 246. 900	DATA DE NASC.: 12 02 1994	
NACIONALIDADE:	NATURALIDADE: CURRAIS	EST. CIVIL: CASADA	
ESCOLARIDADE:	PROFISSÃO:	CONTATO: 946 99 2200	
ENDEREÇO: AV. 13 DE MARÇO, 723		CIDADE: CURRAIS	
FORMA DE CHEGADA	() MEIO PRÓPRIO	() SAMU	() OUTROS:
SINAIS VITAIS			
PA:	FC:	FR:	T: HGT: SpO ₂ :
DOR	AGUDA	CRÔNICA	RECORRENTE
			TIPO DE DOR
ESCALA DE DOR	1	2	3
	6	7	8
	9	10	ESCALA DE GLASGOW
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	VERMELHO		AMARELO
	VERDE		AZUL
QUEIXA PRINCIPAL			
COMORBIDADES			
MEDICAMENTO			
ALERGIAS			
ENFERMEIRO (A)	HORA:		
ACIDENTE			
AVALIAÇÃO CLÍNICA			
ANAMNESE/EXAME FÍSICO			
<p>Queda de moto com múltiplas escoriações e MIB, apresenta lesão/grande perda de substância no pé.</p> <p>Dra. Maria Eliana Figueiredo Farmacêutica Bioquímica CRF:1175</p>			
DIAGNÓSTICO INICIAL:		MÉDICO PLANTONISTA:	