



Número: **0800334-97.2020.8.20.5100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara da Comarca de Assu**

Última distribuição : **03/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 998,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUCELIA BARBOSA DA SILVA (AUTOR)	KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
56736 321	15/06/2020 15:57	2726771_CONTESTACAO_Anexo_03

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00756

CONTA: 000000049416-2

Nr. da Autenticação 51BC149A461FDC7E



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 15:57:35
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061515573456500000054538063>
Número do documento: 20061515573456500000054538063

Num. 56736321 - Pág. 1



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraslider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1586 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintora: 0800 021 91 35

Eu, IAGO FELIPE DE MOURA DA SILVA,
RG nº 2764540, data de expedição 15/12/2005
Órgão SP/RN, portador do CPF nº 108.833.144-05,
com domicílio na cidade de Açu, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA SEBASTIÃO AUGUSTO DE SOUZA, nº 15,
complemento LASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
cujo o condutor era
FRANCISCO DE ASSIS BERTO DA SILVA.

Veículo: MOTU Modelo: HONDA/CB 300R Ano: 2012
Placa: N06 0335 Chassi: 9L2N14310CR043622
Data do Acidente: 12/11/18

Cidade e Data:
Açu 08 DE MARÇO DE 2019

CARTÓRIO RIVANILDO
Iago Filho da Maria Beto

Assinatura do Declarante

X Francisco de Assis Berto da Silva

Assinatura do Condutor:
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO DO PRIMEIRO OFÍCIO
(Cartório Rivaniido)
RECONHEÇO por autenticidade(s)as
Firma(s) I. Supra I. Infra I. Teste I. à mui-
gas de 12/06/2020 Em
Número de 2 indicado pelo "0019" no de
muito uso do te
ASSU (Riv).
Em testemunha Livia Karina Freitas da Silva
Pelo Maria da Costa Corrêa Lessa
Escrevente Autorizada





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 31238 /2018

Admissão: 12/11/2018 05:29:14

CIRURGIA GERAL - LARANJA

Paciente: 26780 - LUCELIA BARBOSA DA SILVA (35 a 8 m 12 d)

Nascimento: 28/02/1983 Natural: ACU BRASIL Sexo: F Cor: PARDA
CNS: 708601569841483 CPF: 06604836452 Prof:
Mãe: MARIA DO SOCORRO BARBOSA DA SILVA Pai: CICERO ANTONIO DA SILVA
Logradouro: TRAV AMERICO MACEDO, 3510 Cidade: ACU
CEP: 59650000 Bairro: ACU
Telefone: 84 96603545 84 96603545 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO
Queixas: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA DE FÉMUR E FRATURA FECHADA EM FÉMUR E GLASGOW 15

FEMUR E. C.
Hora:

Hora: _____
Troygo gets SAMU, then I get I into, although I am separate. So far, no further repeats, and I got a lot of sq

A VA ~~shows~~ ~~now~~ 1 PR

B-1000-12227-100, 100-200 SAT: 98%

-Fe 82 PA 9130 / 30

n-EGG IS OFF

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 02/09

SAME/ARQUINO

E. S. Smith & Thompson exp. Natural rubber. Dose = 100 mg/kg + 100 mg/kg. P. T. 100 mg/kg + 100 mg/kg. Mortality increased in extended + more rabbits.

132 ~~Wit~~

CD: The last sentence of the review, which is the same as MZ's, LNB

Diagn. Inicial: Artritis de Mervawitz e osteite, tibia.

*Saída: - () Decisão médica; () OutroServiço; () Evasão; () Óbito () Interna; CID

Proc

Data: / /18 Hr: : Ass. Médico:

16 de 16 - SIA - ANTONIO CANAL SANTO NEGREIROS - Inscrito em 12 de Novembro de 2018



Mais 70 anos, alto e gordo, sem risco ou antecedentes de hipertensão ou diabetes, não fuma e não bebe, não tem ou teve gerd, não tem ou teve infarto, nem tiveram hipertensão arterial.

a. Aquela admissão de Neurologia + oftalmos
se deve ao fato de que seu

Dr. Guilherme Almeida
Cirurgião Vascular
CRM RN 6877

Imunoterapia. Admissão 12/11/18

Traço no braço direito da veia do antebraço. Aparece pulsos
fisiológicos ¹²⁰ e pulso do pulso (P) Elargamento das pulsas
perifericas (pulsos 2-3x mais forte) para proximais. Fatores de humor e
enfusões de sangue aumentaram estes efeitos.

(V) - Inchaço p/ instante mesmo

Cod. 010605060-3

GP 1833

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 1992
Livia
SAME/ARQUINO

15

Clínica de nefrologia com nefropatia

familiar

TOC apurado de nefrologia nefropatia

OU: nefrologia nefropatia

Vascular p/ nefrologia

Do Arpil, sua pressão é alta e
TGB/Hb inferior a referência.

HA DE SER REVISADO MUSICAL

Dr. Antônio Ribeiro da Silva
Cirurgião Geral e Vascular
CRM-2933



Prontuário: 204489



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **LUCELIA BARBOSA DA SILVA** (Fia: 4882/2018), CPF:**06604836452**.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 12 de Novembro de 2018.

Lúcia Karina Freitas da Silva
Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - NTE
DATA 26/08/18
Assinatura

CCIH - HRTM

DATA 28/12/18

Assinatura

LUCELIA BARBOSA DA SILVA
TAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
A CONFORME O ORIGINAL
MOSSORÓ /2018
SAMEARQUIVO



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2503689
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
LUCELIA BARBOSA DA SILVA (8 - 4882/2018)	204489			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RACA/COR	10.1 - ETNIA
708601569841483	28/02/1983	Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input checked="" type="checkbox"/>	3	PARDA
11 - NOME DA MÃE	12 - FONE DE CONTATO	Nº DO FONE		
MARIA DO SOCORRO BARBOSA DA SILVA	84	96603545		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - FONE DE CONTATO	Nº DO FONE		
LUCELIA BARBOSA DA SILVA	84	96603545		
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP
TRAV AMERICO MACEDO, 3510 / - ACU	ACU	240020	RN	59650000

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Na H. vítima politraumatizada com luxação
reporta gasha de ferida de 1 lesão da
mão direita com abertura maxilofacial + am.
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 07/09*

21 - COMBOSSES QUE JUSTIFICAM INTERNACAO

Livia Karina Freitas da Silva

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Mande para 1 mês

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

LUXAÇÃO DO JOELHO

24 - CID 10 PRINCIPAL

S83.1

25 - CID 10 SECUNDARIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DO JOE

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

408050683

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNACAO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

CIR

2

() CNS

(X) CPF

013978154627

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

FRANCISCO ROBSON DA SILVA COSTA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/11/2018

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

*Ef. Livia Karina Freitas da Silva
Ortopedia e Traumatologia
De. Do. Jóvito - M. T2*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOF

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

(X) CNS

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)



HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 4882 /2018

Prontuário: 204489

Paciente: 26780 - LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Cartão SUS:708601569841483

CPF: 06604836452

Dt Nasc: 28/02/1983

Idade: 35 anos 8 meses 12 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA DO SOCORRO BARBOSA DA SILVA

Nome do pai: CICERO ANTONIO DA SILVA

Rua/Av: TRAV AMERICO MACEDO

Complemento:

CEP: 59650000

Telefone: 84 96603545 84 96603545

Cidade: ACU

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Unidade: OBS FEMININA

Leito: 1. 25E

Responsável: LUCELIA BARBOSA DA SILVA -

Usuário: ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS

Admissão: 12/11/2018 06:43:08 Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S83.1 - LUXAÇÃO DO JOELHO

408050683 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MAIA
ESTACIONAR CONFORME O
SANE MOSSORÓ
SAME ARQUIVO

MOSSORÓ, 12 de Novembro de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 15:57:35

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061515573456500000054538063>

Número do documento: 20061515573456500000054538063

Num. 56736321 - Pág. 8



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Livia Barbosa de Souza Reg Nº 20.44.89

Diagnóstico pré-operatório: fratura, luxação esport grave patelar +
luxação da articulação do joelho

Indicação terapêutica: reduzir luxação e deslocamento +
fixar articulação + deslocamento + luxação patelar

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: 11/06/2020 Duração: _____
Operador Dra. Antônia Palma
1º Auxiliar: Dra. Antônia Palma
2º Auxiliar: _____
3º Auxiliar: _____
Instrumentador: Dra. Francimel
Anestesista: Dra. Dayane

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ - RN
SAME ARQUIVO

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa (-) Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

O fio de - 100% poliuretano
O hincar nglâncio de SFC 9% e VIT de
100% poliuretano esteril SFC 9%
O deslindado e reduzida luxação translacional
anterior total com avulsão íris da cl
píndola extensa traç articular, não apre
ciente da superfície pubiana II, fixando
extensamente.

O Sutura + curativo
O Fixação 11 fio fio fino 2.0 m bilhar de
met. Do exp. báculo + sutura

Dr. Rodrigo Jales Barreto
Ortopedia e Traumatologia
Cir. Do Joelho
CRM-RN 1759 FEGI - 11/2020





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Lúcia Reg Nº 20.44.84

Diagnóstico pré-operatório: Histero-angioplastia tubo
Indicação terapêutica: Livia S. de Lira - pedra a fundo

INTERVENÇÃO

Inicio: 07/06/2019 Fim: _____ Duração: _____

Operador Lúcia

1^a Auxiliar: Tatá

2^a Auxiliar: _____

3^a Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Edilene

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 2019
SAME ARQUIVO

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

(Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

Lúcia é seu dia 100 de fer

cavado d d

cerotônico de 100

-cure

colar 94 R

DE MARIO FANTINELLA SILVEIRA
ORTOPÉDICO E TRAUMATOLOGISTA
MÉDICO DE TRABALHO
CRM/RN 2988

10
76
15



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
 HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: LUCELIA BARBOSA DA SILVA 35 ANOS
 CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 302.1
 DATA DA ADMISSÃO: 12/11/18 ASSU-RN Código: 26780

DATA	EVOLUÇÃO	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA	
		ES. ALL.	SE. MO.
13/11/18	<p>1 DIH: LUXAÇÃO EXPOSTA DE JOELHO E + ABERTURA DA SINFISE PUBICA EM USO DE F.E.</p> <p>REFERE DOR. DIURESE FISIOLOGICA. Neurovascular sem alteração.</p> <p>CD: VPM</p> <p>AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA AGUARDO PRE-OP ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM A CIRURGIA VASCULAR</p>	Hospital Regional Tarcísio Maia Es. All. Same mo. <i>10/11/2019</i> <i>Livia</i>	Saúde

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE	<i>Lidia</i>
2	SFO,9% 1000ML EV PARA 24H	<i>g 22</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<i>10 16 21 04</i>
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H	<i>10 16 21 04</i>
5	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	<i>10 16 22 04</i>
6	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM	<i>06</i>
7	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	<i>10</i>
8	TILATIL 40MG + ABD EV 1X/DIA	<i>10</i>
9	TRAMAL 100MG + 100ML SFO,9% EV 8/8H	<i>14 22 06</i>
10	CURATIVO DIARIO	<i>cante</i>
11	SSVV+CCGG	<i>cante</i>

Dr. Livia Freitas da Silva
 CRP 04/2000
 MEDICO DE TRABALHO
 CRM/RN 2691




GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
 HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: LUCELIA BARBOSA DA SILVA 35 ANOS
 CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 302.1
 DATA DA ADMISSÃO: 12/11/18 ASSU-RN Código: 26780

302-1

DATA	EVOLUÇÃO
20/11/18	<p>8 DIH: LUXAÇÃO EXPOSTA DE JOELHO E + ABERTURA DA SINFISE PUBICA EM USO DE F.E.</p> <p>REFERE DOR, APRESENTOU 01 EPISÓDIO DE FEBRE.) -> <i>sem febre</i></p> <p>DIURESE FISIOLÓGICA.</p> <p>Neurovascular sem alteração.</p> <p>PULSOS PRESENTES.</p> <p>CD: VFM</p> <p>AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA</p> <p>PRE-OP OK</p> <p>INSERIDA NO SISREG</p> <p>AGUARDO ECG</p> <p>ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM A CIRURGIA VASCULAR</p> <p>AGUARDO REAVALIAÇÃO DA NCR</p>

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ *M. M. S.*
 SAME/ARQUIVO *R. B. S.*

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE (SEM LACTOSE)	
2	SFO,9% 1000ML EV PARA 24H	10/12/20 04
3 D7	CETALOTINA 1G FV 6/6H	10/10/22 04
4 D7	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H	10/10/22 04
5	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	10/10/22 04
6	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM	06
7	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	10/06/20
8	TRAMAL 100MG + 100ML SFO,9% EV 8/8H S/N	10/06/20
9	CURATIVO DIÁRIO	
10	SSVV+CCGG	
11		



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
 HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: LUCELIA BARBOSA DA SILVA 35 ANOS
 CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMÁRIA: CC Leito: 302.1
 DATA DA ADMISSÃO: 12/11/18 ASSU-RN Código: 26780

DATA	EVOLUÇÃO	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA	
		ESTA CONFORME	SAME MOSSORÓ
30/11/18	<p>18 DIH: LUXAÇÃO EXPOSTA DE JOELHO E + ABERTURA DA SINFISE PUBICA EM USO DE F.E.</p> <p>Sem queixas, no momento.</p> <p>Apresenta lesões eritemato-pruginosas em MSD.</p> <p>DIURESE FISIOLOGICA.</p> <p>Neurovascular sem alteração.</p> <p>PULSOS PRESENTES.</p> <p>CD: VPM</p> <p>AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA</p> <p>PRE-OP OK</p> <p>INSERIDA NO SISREG</p> <p>BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR</p> <p>ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM A CIRURGIA VASCULAR</p>	<p>10/12/2018</p> <p>LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA</p> <p>ASSU-RN - TEOT</p>	<p>EDUARDO C. L.</p> <p>Curado e liberado</p> <p>Assu-RN - TEOT</p>

DATA	PREScrição	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE (SEM LACTOSE)	Recomendação
2	SCALP HIDRATADO	OK
3	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	06-16-35-45
4	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM	06
5	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	16
6	CURATIVO DIARIO	Recomendação
7	SSVV+CCGG	Recomendação

DATA: 05/12/2018

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: LUCELIA BARBOSA DA SILVA 35 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 302.1
DATA DA ADMISSÃO: 12/11/18 ASSU-RN Código: 26780

EVOLUÇÃO	
24 DIH: LUXAÇÃO EXPOSTA DE JOELHO E + ABERTURA DA SINFISE PUBICA EM USO DE F.E. Sem queixas, no momento. Apresenta lesões eritemato-pruginosas em MSD. DIURESE FISIOLOGICA. Neurovascular sem alteração. PULSOS PRESENTES. CD: VPM AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA PRE-OP OK INSERIDA NO SISREG BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR. AGUARDO PARCER DA GINECOLOGIA	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ Same/Arquivo

	PREScrição	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE (SEM LACTOSE)	
2	SCALP HIDRATADO	
3	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	10/16/2018
4	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM	06/10
5	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	
6	CURATIVO DIARIO	
7	SSVV+CCGG	



DATA: 10/12/2018

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**Nome: LUCELIA BARBOSA DA SILVA 35 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 215.2
DATA DA ADMISSÃO: 12/11/18 ASSU-RN Código: 26780**

EVOLUÇÃO

28 DIH: LUXAÇÃO EXPOSTA DE JOELHO E + ABERTURA DA SINFISE PUBICA EM USO DE F.E. REFERE DOR NO JOELHO. DIURESE FISIOLOGICA. Neurovascular sem alteração. PULSOS PRESENTES.	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ <i>Lobato</i> _____ SAME/ARQUIVO
CD: VPM AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA PRE-OP OK INSERIDA NO SISREG BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR AGUARDO PARCER DA GINECOLOGIA	

	PREScrição	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE (SEM LACTOSE)	
2	JELCO HIDRATADO	<i>20/12/2018</i>
3	CEFAZOLINA 1G + ABD, EV, 6/6H	<i>20/12/2018</i>
4	TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9%, EV, 8/8H FIXO	<i>20/12/2018</i>
5	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	<i>20/12/2018</i>
6	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM	<i>20/12/2018</i>
7	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	<i>20/12/2018</i>
8	CURATIVO DIARIO	<i>20/12/2018</i>
9	SSVV+CCGG	

*Dr. Livia Karina Freitas da Silva
CRM-PB 123456
CRF-PB 123456
150515442*



DATA: 15/12/2018

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: LUCELIA BARBOSA DA SILVA 35 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMÁRIA: CC Leito: 215.2
DATA DA ADMISSÃO: 14/11/18 ASSU-RN Código: 26780

EVOLUÇÃO	
32 DIH: LUXAÇÃO EXPOSTA DE JOELHO E + ABERTURA DA SINFISE PUBICA EM USO DE F.E. REFERE DOR NO JOELHO. DIURESE FISIOLOGICA. Neurovascular sem alteração. PULSOS PRESENTES. CD: VIPM AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA PRE-OP OK INSERIDA NO SISREG BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR AGUARDO PARCER DA GINECOLOGIA PROVAVEL TRANSFERENCIA HOJE	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ <i>Livia</i> _____ SAME/ARQUIVO

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE (SEM LACTOSE)	
2	JELCO HIDRATADO	
3	CLINDAMICINA 600 MG + 100 ML SF 0,9%, EV, 6/6H	18-16✓ 25-61
4	TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9%, EV, 8/8H FIXO	14✓ 23-06 ;
5	TILATIL 40 MG + DILUENTE, EV, 1X AO DIA	10-
6	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	10-16✓ 25-61
7	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM	06-
8	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	10-
9	CURATIVO DIARIO	
10	SSVV+CCGG	

Livia Oliveira
PROFESSOR DE TRABALHOS CLÍNICOS
CRM/RN 6.429





**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA**

REVIEW
19.11.0

20.44.89

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Victor B. Leito: 215-1

DATA	EVOLUÇÃO
18/IV	Poi operação realizada
18/IV	+ resultado favorável - sensação de falta de ar
19/IV	de volta

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
20/12/19	D. levar 100g lactose sejão hidroclorato Etidocaina 600mg ev + 100ml fl. 0.9% 6.6L TANAR- 100g ev - PAP 4		16 22 04	
	Alelo Dinoproct 100g ev 6.6L		14 28 06	
	Diclofenac 100g 100ml			
	Acufen			
	CCOT-RC			
	Bromopridol 1000mg BD - EV Q6h revêvel			
	Dr. Henrique Fernandes da Silveira ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MEDICO DO TRABALHO CRM-RN 2935			
19/12/19	Recep 6/100g Sem. Th - P/3 100/100 S Leopoldina, Belo Horizonte		OSRITAL REGIONAL TARCISO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL LINE MOSSORO Ribol SAMUEL BARQUINHO	
			Dr. Henrique Fernandes da Silveira ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MEDICO DO TRABALHO CRM-RN 2935	





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SESAP - Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia

S BL

FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

12/11/18

Nome do Usuário: Wnébia Barbosa da Silva		Naturalidade Assul/fw		
Filiação*	Cícero Ant^o da Silva Maria do Socorro da Silva			
Estado Civil: Solteira	Data de Nascimento: 28/02/1983	Idade: 35 a	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M	Renda Mensal R\$: _____
Endereço: Rua Américo Macedo				Nº. 357
ra: 2610	Cidade: Assul/fw	Profissão: De lar		
Ponto de Referência:				
CNS - Cartão Nacional do SUS: 708 6015 6984 3483		CPF: 066.048.364-52	RG: 003.091.856	
Telefone para contato: _____				
Pessoa Responsável: Dewsa M^a Ferreira		Grau de parentesco: mae biológica	Telefone: 84 9 9810-1276	

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

CASA	<input checked="" type="checkbox"/>	PRÓPRIA	<input checked="" type="checkbox"/>	ALUGADA	<input type="checkbox"/>	CEDIDA	<input type="checkbox"/>	TELEFONE	<input type="checkbox"/>
ÁGUA	<input checked="" type="checkbox"/>	LUZ	<input checked="" type="checkbox"/>	TAIPA	<input type="checkbox"/>	ALVENARIA	<input checked="" type="checkbox"/>		
NUMERO DE PESSOAS QUE RESIDEM	3	crianças	<input type="checkbox"/>	ADOLESCENTE	<input type="checkbox"/>	HABITACAO REGIONAL TARCISIO MELO	<input type="checkbox"/>	1050	<input type="checkbox"/>

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

SAME/ARQUIVO

MOTIVO DA INTERNAÇÃO:
Post-trauma.

CLÍNICA	372	LEITO	01	303-1
---------	-----	-------	----	-------

Data: 6/2/11, 2018

Wanda
Assistente Social



PACIENTE: LUCELIA BARBOSA DA SILVA
DATA: 30/01/2019

CÓDIGO :118285

MÉDICO SOLICITANTE: FABIO ROBERTO
CONVÉNIO: PARTICULAR

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA DO EXAME:

- Axial TSE ponderação T2.
- Coronal TSE ponderação T1.
- Coronal STIR ponderação T2.
- Sagital TSE ponderação em densidade de prótons e STIR/T2.

DESCRÍÇÃO:

- Importante edema difuso dos planos circunjacentes ao joelho, notadamente na face ântero-lateral, notando-se ainda edema e infiltração líquida nos planos mioadiposos profundos da fossa poplítea, envolvendo também os músculos gastrocnêmios.
- Fratura cominutiva no côndilo femoral lateral, com discreto desalinhamento entre os fragmentos e edema medular ósseo regional.
- Áreas de edema medular ósseo no platô tibial e na periferia do côndilo femoral medial, de aspecto pós-contusional.
- Traços de fratura de direção longitudinal na cabeça da fíbula, sem desalinhamentos.
- Sinais de rotura completa ou parcial de alto grau do ligamento cruzado anterior, com descontinuidade de fibras da porção cranial.
- Alteração difusa do sinal do ligamento cruzado posterior, notando-se irregularidade e afilamento de fibras do terço médio.
- Rotura longitudinal envolvendo o corpo e os cornos do menisco lateral, notando-se componente oblíquo na periferia do corno posterior que se estende à superfície capsular. Notam-se ainda sinais de perimeniscite.
- Rotura longitudinal envolvendo o corpo e os cornos do menisco medial, com irregularidade dos contornos do corpo meniscal que se encontra parcialmente extruso em relação à superfície articular. Nota-se ainda edema e sinais de perimeniscite adjacente ao corpo meniscal.
- Sinais de rotura completa do ligamento colateral medial, com indefinição de suas fibras.
- Afilamento e alteração de sinal de fibras da porção cranial do ligamento colateral lateral.
- Importante edema e infiltração líquida na gordura de Hoffa, de aspecto inflamatório.
- Moderado derrame articular.
- Patela normoposicionada com base no índice de Caton-Deschamps, sem sinais de inclinação/subluxação

Av. Dr. João Marcelino, 429 | CEP: 59.611-200 | Centro | Mossoró/RN | Tel.: (84) 3323-8550



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 15:57:35
<https://pj1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061515573456500000054538063>
Número do documento: 20061515573456500000054538063

Num. 56736321 - Pág. 19



PACIENTE: LUCELIA BARBOSA DA SILVA
DATA: 30/01/2019

CÓDIGO: 118285

MÉDICO SOLICITANTE: FABIO ROBERTO
CONVÊNIO: PARTICULAR

na posição realizada do estudo.

- Cartilagens hialinas do compartimento patelo-femoral sem anormalidades.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Avaliação por Ressonância Magnética evidenciando importante edema e infiltração líquida no subcutâneo circunjacente ao joelho, notadamente na face anterolateral, bem como nos planos mioadiposos profundos na fossa poplítea e envolvendo os músculos gastrocnêmios.
- Fratura cominutiva do côndilo femoral lateral, com discreto desalinhamento entre os fragmentos e edema medular ósseo regional.
- Fratura longitudinal sem desalinhamentos na cabeça da fibula.
- Áreas de edema medular ósseo no côndilo femoral medial do platô tibial, de aspecto pós-contusional.
- Sinais de rotura completa ou parcial de alto grau do ligamento cruzado anterior, com edema dos planos profundos periligamentares.
- Alteração difusa do sinal do ligamento cruzado posterior, notando-se irregularidade e afilamento de fibras do terço médio. Correlacionar com testes clínicos específicos.
- Rotura longitudinal envolvendo o corpo e os cornos de ambos os meniscos, com sinais de perimeniscite.
- Sinais de rotura completa do ligamento colateral medial, com indefinição de suas fibras.
- Afilamento e alteração de sinal de fibras da porção cranial do ligamento colateral lateral.
- Importante edema e infiltração líquida na gordura de Hoffa, de aspecto inflamatório.
- Moderado derrame articular.

Nota: Este é um exame complementar de diagnóstico e os achados e hipóteses aqui contidos não devem ser analisados isoladamente, mas em conjunto com as demais informações clínicas e outros exames complementares pelo médico solicitante, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e a conduta a ser seguida. Colocamo-nos à disposição do médico para quaisquer esclarecimentos que forem necessários.

ANA CAROLINE FILGUEIRA MARTINS

CRM: 5193

Av. Dr. João Marcelino, 429 | CEP: 59.611-200 | Centro | Mossoró/RN | Tel.: (84) 3323-8550





Paciente: Lucelia Barbosa Da Silva
Sexo: feminino Data Nasc: 28/02/1983
Data do exame: 22/01/2019

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

- Controle de tratamento.
- Textura óssea reduzida.
- Artropatia degenerativa do compartimento femorotibial medial, caracterizada por redução do espaço articular, esclerose subcondral e osteófitos marginais.
- Compartimento femoropatelar conservado.
- Partes moles sem alterações ao método.
- Comparar com exames anteriores.

Dra. Luisa de Paiva Dantas CRM SP: 172042





Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 15:57:35
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061515573456500000054538063>
Número do documento: 20061515573456500000054538063

Num. 56736321 - Pág. 22

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN
 48001706/2018

Nº 013702779140
 49238345888

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PLACA:	00478346568	TITULAR:
2		*****
PROPRIETÁRIO:		
IAGO FELIPE DE MOURA BERTO		
R MONSERRAT JULIO ALVES BEZERRA, 1841		
CASA CENTRO		
59.650-000 ASSU/RN		
CONCESSIONÁRIA:		
108.811.144-06 MOGOS335		
PROPRIETÁRIO:		
PHABRICIA INMANUELA MOGOLINA DE MEDEIROS		
PLACA ANTIGUA:	NC03035/RN	CHASSIS:
	9C3NC4310CR043622	
USO DO VEHÍCULO:		
PASSEIENO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE		
MARCHA/PILOTO:		
HONDA/CB 300R		
CAP/POSS:	CATEGORIA:	COR PREDOMINANTE:
DCV/291 CILINDRAGENS	PARTICULAR	AMARELA
OBSERVAÇÕES:		
MOTOR: NC43B1C043622		
 30/04/2018 Sônia Karina Freitas da Silva Coordenadora de Registro de Veículos DETAN - RN		



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 15:57:35

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061515573456500000054538063>

Número do documento: 20061515573456500000054538063

Num. 56736321 - Pág. 23

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do atestado ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	0GG.048.364-52	Kucelia Barbosa da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Kucelia Barbosa da Silva		CPF:
Profissão:	Endereço:	Número: 351 Complemento:	
Bairro:	Tij. América Macêdo	Estado:	CEP: 59.650-000
E-mail:	Abaui	ZELEDDI:	84-99683-0624

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0750

CONTA: 49416

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 e 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 ruas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão 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) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou pais/nascido (nai/nascido)? Sim Não Vítima deixou pais/filhos vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 290 do Código Penal.

Local e Data: Abaui, RN, 19.02.19

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO, 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.





Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 15:57:35
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061515573456500000054538063>
Número do documento: 20061515573456500000054538063

Num. 56736321 - Pág. 25

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092517/19

Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

CPF: 066.048.364-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/11/2018

Titular do CPF: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LUCELIA BARBOSA DA SILVA : 066.048.364-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: LUCELIA BARBOSA DA SILVA
CPF: 066.048.364-52

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

LUCELIA BARBOSA DA SILVA

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 15:57:35
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061515573456500000054538063>
Número do documento: 20061515573456500000054538063

Num. 56736321 - Pág. 27

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190206073 **Cidade:** Açu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 12/11/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: DISJUNÇÃO DA SÍNFISE PÚBLICA.
LUXAÇÃO EXPOSTA DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR.
FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTE OSSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL BILATERAL, JOELHO ESQUERDO E 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL BILATERAL,
sequelas: MODERADO DO JOELHO ESQUERDO E LEVE DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190206073 **Cidade:** Açu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 12/11/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: DISJUNÇÃO DA SÍNFISE PÚBLICA.
LUXAÇÃO EXPOSTA DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR.
FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTE OSSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL BILATERAL, JOELHO ESQUERDO E 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL BILATERAL,
sequelas: MODERADO DO JOELHO ESQUERDO E LEVE DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PG. 6.

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total		27,5 %	R\$ 3.712,50	



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092517/19

Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

CPF: 066.048.364-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/11/2018

Titular do CPF: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LUCELIA BARBOSA DA SILVA : 066.048.364-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: LUCELIA BARBOSA DA SILVA
CPF: 066.048.364-52

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

LUCELIA BARBOSA DA SILVA

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 15:57:35
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061515573456500000054538063>
Número do documento: 20061515573456500000054538063

Num. 56736321 - Pág. 30



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190206073 Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 12/11/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCELIA BARBOSA DA SILVA

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, contados 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

Carta nº 14077368



220 00031/00032 - carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 15:57:35
<https://pjef.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061515573456500000054538063>
Número do documento: 20061515573456500000054538063

Núm. 56736321 - Pág. 31



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190206073 Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA
Data do Acidente: 12/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a). LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01763/01764 - carta 25 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 15:57:35
<https://pjef1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061515573456500000054538063>
Número do documento: 20061515573456500000054538063

Núm. 56736321 - Pág. 32



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190206073 Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 12/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCELIA BARBOSA DA SILVA

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 3.712,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%
Valor a indenizar: $6,25\% \times 13.500,00 =$ R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: $12,50\% \times 13.500,00 =$ R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%
Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **LUCELIA BARBOSA DA SILVA**

Valor: R\$ 3.712,50

Banco: 104

Agência: 000000756

Conta: 0000049416-2

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Outra 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, retorno 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.





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190206073 Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 12/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCELIA BARBOSA DA SILVA

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 3.712,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%
Valor a indenizar: $6,25\% \times 13.500,00 =$ R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: $12,50\% \times 13.500,00 =$ R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%
Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **LUCELIA BARBOSA DA SILVA**

Valor: R\$ 3.712,50

Banco: 104

Agência: 000000756

Conta: 0000049416-2

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro

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:



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	066.048.364-52	Bucelia Barbosa da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Profissão:	Endereço:	CPF:
Bucelia Barbosa da Silva		Tv. América Macau	066.048.364-52
Bairro:	Cidade:	Estado:	Número:
Centro	Assu	RN	351
E-mail:		Complemento:	
Tel.(DDD): 84-99683-0624			

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

- RECUZO 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 (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0750

CONTA: 49416

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 agora 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 à região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima mencionado, volto o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §2º, 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) Divorciado 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: Vivos: _____ Falecidos: _____

Vítima deixou nascituro (varíselas): Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: Assu, RN, 19.02.19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU LOGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínter 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 ASSU
 Endereço: Rua João Pessoa, 588, Centro, AÇU, FONE/FAX: 3331-6596

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019091000233

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 12/11/2018 03:40:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: 0000

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: QUINTA DO FAROL

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: FEMININO

3.9 CPF: 06604836452

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: ESTUDANTE

3.15 Telefone(s): 64 966308104

3.17 Número: 351

3.19 Bairro: CENTRO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: AÇU

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

1.2 Data de Expedição: 19/02/2019 11:32:22
 1.4 Ligou CIOSP: Sim

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RUA JOÃO CELSO FILHO

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: AÇU

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.4 Pai: CICERO ANTONIO DA SILVA

3.6 Mãe: MARIA DO SOCORRO BARBOSA DA SILVA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 28/02/1983

3.14 RG: 003091858 - ITEL/PRN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: ASSU/RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: TRAVESSA AMÉRICO MACEDO

3.24 CEP:

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

(NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

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

6.1.1 Nome Completo: VALTER VIEIRA DA SILVA

6.1.2 Nome Social:

5.1.4 Etnia: Parda

5.1.6 Mãe: MARIA GIVANILDE VIEIRA SILVA

5.1.8 Sexo: MASCULINO

5.1.10 CPF:

5.1.12 Nacionalidade:

5.1.14 Passaporte:

5.1.16 Logradouro: RUA AMERRICO MACEDO

5.1.17 Número: 379

5.1.19 Bairro: CENTRO

6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

6.2.1 Nome Completo: CRIBILEIDE DA SILVA

6.2.2 Nome Social:

5.2.4 Etnia: Parda

6.2.6 Mãe: MARLENE MARIA DE OLIVEIRA

6.2.8 Sexo: FEMININO

6.2.10 CPF: 09075779461

6.2.12 Nacionalidade:

6.2.14 Passaporte:

6.2.16 Logradouro: SITIO SANTA CLARA

6.2.17 Número: 108

6.2.19 Bairro: ZONA RURAL DE ASSU-RN

6.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: ****43622

7.1.5 Placa: NOG0335

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2012

7.1.11 Cor do veículo: AMARELA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: AGO FELIPE DE MOURA BERTO

7.1.17 Nome do condutor: FRANCISCO DE ASSIS BERTO DA SILVA

7.1.18 Observações:

5.1.3 Estado civil: Unido Estável

5.1.5 Identidade Gênero:

5.1.7 Orientação Sexual:

5.1.9 Pai: Parda

5.1.11 Data de Nascimento: 31/05/1982

5.1.13 RG: 002291584

5.1.15 Profissão: PINTOR

6.1.18 CEP:

6.1.20 Cidade: AÇU

5.2.3 Estado civil: Solteiro(a)

5.2.5 Identidade Gênero:

5.2.7 Orientação Sexual:

5.2.9 Pai: Parda

6.2.11 Data de Nascimento: 28/01/1990

6.2.13 RG: 002564204

6.2.15 Profissão: AGRICULTOR(A)

6.2.18 CEP:

6.2.20 Cidade: AÇU

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 00475346548

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: CB 300R

7.1.10 Ano de Fabricação: 2012

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 SE DIRIGIU A ESTA DELEGACIA INFORMAR QUE NO DIA SUPRACITADOS ESTAVA TRAFEGANDO COMO GARUPA DA MOTO JA ESPECIFICADA ACIMA, QUE AO SAIR DE UMA FESTA, O CONDUTOR LHE OFERECEU CARDÁ, QUE POR INSISTÊNCIA ACABOU ACEITANDO, QUE O CONDUTOR HAVIA INGERIDO BEBIDA ALCOÓLICA E ESTAVA CONDUZINDO EM ALTA VELOCIDADE NA CICLOIA EM ZIG ZAG, QUE APAVORADA PEDIA PARA O CONDUTOR PARAR E DEIXA-LA DESCER DA MOTO, BATENDO EM SUAS COSTAS, QUE O MESMO NÃO ATENDEU AOS SEUS PEDIDOS E ACABOU CAPOTANDO NO MERO FIO, O QUE OCASIONOU FRATURA EM SUA BACIA, FÉMUR, TIBIA, BRAÇO ESQUERDO, DEDO DO PÉ ESQUERDO E LUXAÇÃO DO PÉ.

Página 12

JOELHO ESQUERDO, CONFORME LAUDO MEDICO. NADA MAIS DISSE. A COMUNICANTE ASSUME TOTAL RESPONSABILIDADE POR SUAS DECLARAÇÕES.
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: 19/02/2019 11:32:22

Data 19/02/2019 11:32:22

Potter

[Institutional](#)

University of myth

Atendimento: 2187830 - Família Base de Acolhida Fárias

Impresso por 2197830 - Camila Rose de Aguiar Ferreira em 19/02/2019 11:32:47

FINAL DO BOLETIM DE CORRIGÊNCIA



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 15:57:35

<https://pie1a.tirn.ius.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061515573456500000054538063>

Número do documento: 20061515573456500000054538063

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	066.048.364-52	Bucelia Barbosa da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:			CPF:	066.048.364-52
Profissão:	Enderço:	Número:		Complemento:
Bairro:	Tv. América Macau	551		
E-mail:	Cidade:	Estado:	RN	CEP: 59.650.000
		Tel.(DDD):	84-99683-0624	

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

- RECUZO 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 (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0750

CONTA: 49416

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 agora 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 à região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima mencionado, volto o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §2º, 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) Divorciado 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: Vivos: _____ Falecidos: _____

Vítima deixou nascituro (varíselas): Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: Assu, RN, 19.02.19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU LOGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínter 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 SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 - VALE DO ASSÚ - RN



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos e necessários fins que o(a) usuário(a),
Família Barbosa da Silva, 25 anos,
foi atendido(a) pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência –
SAMU 192/RN, da cidade de Assú-RN, no dia 31/03/2018 no endereço,
No Rio - pôr do sol - Praia Pública,
paciente vítima de Batida de moto.

Assú, 31 de Janeiro de 2018

Atenciosamente,

PL
Maria da Conceição Barbosa
Enfermeira
COREN/RN 413.207

Enfa. Luciana Carla Silva Ramos de Carvalho
Coren-RN 256.149
Coordenadora Local SAMU-RN
Base Descentralizada de ASSÚ - RN

