



Número: **0827260-24.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **20/07/2020**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WANDERSON DA SILVA OVIDIO (AUTOR)		GEONARA ARAUJO DE LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		SUELY FERNANDES RIBEIRO DE SOUSA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58303013	04/08/2020 12:05	Contestação	Contestação
58303737	04/08/2020 12:05	2739360_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos
58303738	04/08/2020 12:05	2739360_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos

Juntada de contestação e documentos.





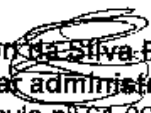
PREFEITURA DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 NATAL



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **WANDERSON DA SILVA OVIDIO**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 01/02/2019 aproximadamente às 19h55min, na Avenida Doutor João Medeiros Filho, Redinha, nesta Cidade. Sob nº de ocorrência 242602/2, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 27 de março de 2019.


Everton da Silva Rocha
Auxiliar administrativo
Matrícula nº 61.096-08

Coordenação administrativa SAMU 192 Natal

Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN - CEP: 59054-280
Tel.: (84) 3232-9222 (84) 3232-9211 - e-mail: admsamunatal@yahoo.com.br



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 242602/2

Data: 01/02/2019

CHAMADO

TARM: DIANA ALVES JAPIASSU

Médico Regulação:

Rádio Operador: CLAUDIO ADRIANO RODRIGUES ZACARIAS

Médico Cena: RICARDO ALEXANDRE RAMOS BARBOSA

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 18 (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

Equipe VTR: EDIVALDO SOARES DA SILVA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
JOÃO PAULO TORRES DE QUEIROZ - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: TIAGO

Telefone: 084988161248

Nome do Paciente:

WANDERSON DA SILVA ODILIO

Idade: *

26 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.2517838 Longitude: -35.2343687

Endereço: AVENIDA DOUTOR JOÃO MEDEIROS FILHO

Nº: VP

Bairro: REDINHA

Outro Bairro:

Referência/Complemento: NITERÓI // SENTIDO IGAPO - REDINHA // APOS CAJLI SDCYTE // EM FRENTE AO EXPANSIVO //

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISÃO CARRO X MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

01/02/2019 19:58:43 - Dr(a). MARCOS ANTÔNIO PEREIRA DANTAS JÚNIOR

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: 02 VÍTIMAS - AS DUAS VÍTIMAS DA COLISÃO ESTAVAM NA MOTO. PACIENTE CONSCIENTES NO QTH, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
01/02/2019
19:55:33
Saída Local:
01/02/2019
21:03:05Regulação Médica:
01/02/2019
19:58:43
Chegada Destino:
01/02/2019
21:31:07Solicitação VTR:
01/02/2019
20:26:36
Liberação Destino:
01/02/2019
23:42:10Saída VTR:
01/02/2019
20:27:47
Liberação VTR:
01/02/2019
23:42:11Chegada Local:
01/02/2019
20:39:53



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **6372 /2019**
Admissão: **01/02/2019 21:41:25**



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **113021 - WANDERSON DA SILVA OUVÍDIO** (26 a 11 m 15 d)

Nascimento: 15/02/1992 Natural: NATAL, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF: 01734761474

Prof:

Mãe: VERA LUCIA DA SILVA

Pai:

Logradouro: SERTAÓZINHO, 174

CEP: 59125140

Bairro: PÔTENGI

Cidade: NATAL

Telefone: 84 988731827

Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:					
OBS: PACIENTE SEM DOCUMENTO					Classificação: 01/02/2019 21:34:18					
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TRAUMA FACIAL, CORTE ABDOME, OLHO EDEMACIADO, QUEDA DE MOTO (PACIENTE SEM DOCUMENTO)

Hora:

TOMOGRAFIA/HMWG

Data: 01/02/19 Hora: 23:16

Técnico: M. G. G. G.

Exame: M. G. G. G.

Médico: Dr. Roberto

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Vias aéreas livres sem cervicalgia

B Leixas estáveis

C Pulso cheiro FC: 70 130 + 80

D Relorgaw 15

E Trauma de face; heras entocadas

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

BOLETIM FATURADO

EM: 24/6/19

*Saída: -

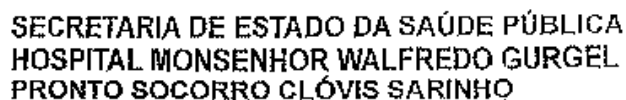
Realizado em: 01/02/19 23:30

Técnico:

DIAGNOSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por MARIA AURISTELA LEANDRO. Impresso em 01 de Fevereiro de 2019.





Nome:	Wanderley da Silva Oliveira	Idade:	26	Nº Reg:	
Serviço:	Contab.	Enfº	Político	Leito:	

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

José Witter de Matêio Santos

Natal 02 de fevereiro de 2019

Medico que solicita o parecer

Corpo estranho (Fragmento de Vidro)

CD/D PETRO CON ESTADISTICO

② Vignette written 4/9/91 per Felt
3/11/91 at OTCMOSQ

Em 02 de Fev. de 2019

Médico que emite o parecer



[illegible]

ESCALA DE VIAGEM DO TRALUMA REVISED - RTS		
DISCRIMINADOR	PERMANEÇAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	15-16	= 4
	13-14	= 3
	11-12	= 2
	9-10	= 1
	8	= 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20	= 4
	20-24	= 3
	16-20	= 2
	12-16	= 1
	9-12	= 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90	= 4
	70-90	= 3
	50-70	= 2
	40-50	= 1
	30	= 0

²⁴ Escola de Treinamento Baseada no PCP para Indústrias da subordinação para parcerias de Unidade Tecnológica. Referência: Adaptado de Chapman (R. R. Sacco, W. A. Copes, et al; A revolution of the Transmascote, (TAMASCOTE) 2013, 2014, 1991).

CLASSIFICAÇÃO DO TCR
"1A7LS 2005"

03 - 02-gruppa (mancata) dopo di
Indirizzo Immacolato
03-3-1980
14-15-1980

Assessment of some and impaired consciousness. A practical guide, London 1974-75, 184

SEMI DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Por Presença
0	1	2	3	4

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)			
A			
B			
C			
D			
E			
A(ALERGIAS)			
M(MEDICAÇÃO EM USO)			
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)			
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)			
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)			
V (PASSADO VACINAL)			
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)		LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
Rx de torax; fêlve.			
		OUTROS	
CONDUTA PRIMARIA@MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
Oxigênio 2 amp r.			
VAFM			
Rachadura de 11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1150-1151-1152-1153-1154-1155-1156-1157-1158-1159-1160-1161-1162-1163-1164-1165-1166-1167-1168-1169-1170-1171-1172-1173-1174-1175-1176-1177-1178-1179-1180-1181-1182-1183-1184-1185-1186-1187-1188-1189-1190-1191-1192-1193-1194-1195-1196-1197-1198-1199-1200-1201-1202-1203-1204-1205-1206-1207-1208-1209-1210-1211-1212-1213-1214-1215-1216-1217-1218-1219-1220-1221-1222-1223-1224-1225-1226-1227-1228-1229-1230-1231-1232-1233-1234-1235-1236-1237-1238-1239-1240-1241-1242-1243-1244-1245-1246-1247-1248-1249-1250-1251-1252-1253-1254-1255-1256-1257-1258-1259-1260-1261-1262-1263-1264-1265-1266-1267-1268-1269-1270-1271-1272-1273-1274-1275-1276-1277-1278-1279-1280-1281-1282-1283-1284-1285-1286-1287-1288-1289-1290-1291-1292-1293-1294-1295-1296-1297-1298-1299-1300-1301-1302-1303-1304-1305-1306-1307-1308-1309-1310-1311-1312-1313-1314-1315-1316-1317-1318-1319-1320-1321-1322-1323-1324-1325-1326-1327-1328-1329-1330-1331-1332-1333-1334-1335-1336-1337-1338-1339-1340-1341-1342-1343-1344-1345-1346-1347-1348-1349-1350-1351-1352-1353-1354-1355-1356-1357-1358-1359-1360-1361-1362-1363-1364-1365-1366-1367-1368-1369-1370-1371-1372-1373-1374-1375-1376-1377-1378-1379-1380-1381-1382-1383-1384-1385-1386-1387-1388-1389-1390-1391-1392-1393-1394-1395-1396-1397-1398-1399-1400-1401-1402-1403-1404-1405-1406-1407-1408-1409-1410-1411-1412-1413-1414-1415-1416-1417-1418-1419-1420-1421-1422-1423-1424-1425-1426-1427-1428-1429-1430-1431-1432-1433-1434-1435-1436-1437-1438-1439-1440-1441-1442-1443-1444-1445-1446-1447-1448-1449-1450-1451-1452-1453-1454-1455-1456-1457-1458-1459-1460-1461-1462-1463-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1470-1471-1472-1473-1474-1475-1476-1477-1478-1479-1480-1481-1482-1483-1484-1485-1486-1487-1488-1489-1490-1491-1492-1493-1494-1495-1496-1497-1498-1499-1500-1501-1502-1503-1504-1505-1506-1507-1508-1509-1510-1511-1512-1513-1514-1515-1516-1517-1518-1519-1520-1521-1522-1523-1524-1525-1526-1527-1528-1529-1530-1531-1532-1533-1534-1535-1536-1537-1538-1539-1540-1541-1542-1543-1544-1545-1546-1547-1548-1549-1550-1551-1552-1553-1554-1555-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1562-1563-1564-1565-1566-1567-1568-1569-1570-1571-1572-1573-1574-1575-1576-1577-1578-1579-1580-1581-1582-1583-1584-1585-1586-1587-1588-1589-1590-1591-1592-1593-1594-1595-1596-1597-1598-1599-1600-1601-1602-1603-1604-1605-1606-1607-1608-1609-1610-1611-1612-1613-1614-1615-1616-1617-1618-1619-1620-1621-1622-1623-1624-1625-1626-1627-1628-1629-1630-1631-1632-1633-1634-1635-1636-1637-1638-1639-1640-1641-1642-1643-1644-1645-1646-1647-1648-1649-1650-1651-1652-1653-1654-1655-1656-1657-1658-1659-1660-1661-1662-1663-1664-1665-1666-1667-1668-1669-1670-1671-1672-1673-1674-1675-1676-1677-1678-1679-1680-1681-1682-1683-1684-1685-1686-1687-1688-1689-1690-1691-1692-1693-1694-1695-1696-1697-1698-1699-1700-1701-1702-1703-1704-1705-1706-1707-1708-1709-1710-1711-1712-1713-1714-1715-1716-1717-1718-1719-1720-1721-1722-1723-1724-1725-1726-1727-1728-1729-1730-1731-1732-1733-1734-1735-1736-1737-1738-1739-1740-1741-1742-1743-1744-1745-1746-1747-1748-1749-1750-1751-1752-1753-1754-1755-1756-1757-1758-1759-1760-1761-1762-1763-1764-1765-1766-1767-1768-1769-1770-1771-1772-1773-1774-1775-1776-1777-1778-1779-1780-1781-1782-1783-1784-1785-1786-1787-1788-1789-1790-1791-1792-1793-1794-1795-1796-1797-1798-1799-1800-1801-1802-1803-1804-1805-1806-1807-1808-1809-1810-1811-1812-1813-1814-1815-1816-1817-1818-1819-1820-1821-1822-1823-1824-1825-1826-1827-1828-1829-1830-1831-1832-1833-1834-1835-1836-1837-1838-1839-1840-1841-1842-1843-1844-1845-1846-1847-1848-1849-1850-1851-1852-1853-1854-1855-1856-1857-1858-1859-1860-1861-1862-1863-1864-1865-1866-1867-1868-1869-1870-1871-1872-1873-1874-1875-1876-1877-1878-1879-1880-1881-1882-1883-1884-1885-1886-1887-1888-1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895-1896-1897-1898-1899-1900-1901-1902-1903-1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912-1913-1914-1915-1916-1917-1918-1919-1920-1921-1922-1923-1924-1925-1926-1927-1928-1929-1930-1931-1932-1933-1934-1935-1936-1937-1938-1939-1940-1941-1942-1943-1944-1945-1946-1947-1948-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1976-1977-1978-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-2407-2408-2409-2410-2411-2412-2413-2414-2415-2416-2417-2418-2419-2420-2421-2422-2423-2424-2425-2426-2427-2428-2429-2430-2431-2432-2433-2434-2435-2436-2437-2438-2439-2440-2441-2442-2443-2444-2445-2446-2447-2448-2449-2450-2451-2452-2453-2454-2455-2456-2457-2458-2459-2460-2461-2462-2463-2464-2465-2466-2467-2468-2469-2470-2471-2472-2473-2474-2475-2476-2477-2478-2479-2480-2481-2482-2483-2484-2485-2486-2487-2488-2489-2490-2491-2492-2493-2494-2495-2496-2497-2498-2499-2500-2501-2502-2503-2504-2505-2506-2507-2508-2509-2510-2511-2512-2513-2514-2515-2516-2517-2518-2519-2520-2521-2522-2523-2524-2525-2526-2527-2528-2529-2530-2531-2532-2533-2534-2535-2536-2537-2538-2539-2540-2541-2542-2543-2544-2545-2546-2547-2548-2549-2550-2551-2552-2553-2554-2555-2556-2557-2558-2559-2560-2561-2562-2563-2564-2565-2566-2567-2568-2569-2570-2571-2572-2573-2574-2575-2576-2577-2578-2579-2580-2581-2582-2583-2584-2585-2586-2587-2588-2589-2590-2591-2592-25			



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCO-MAXILO-FACIAL / DOD-HUOL/UFRN

Natal, 02 de Abril de 2019.

Laudo Profissional

O paciente Wanderson da Silva Ovídio, 26 anos, procurou o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do HUOL-UFRN em 11/02/2019 após acidente motociclístico, queixando-se de dor e dificuldade de abertura bucal.

Ao exame físico observou-se edema +1/+4 em região mandibular bilateral e em região geniana direita, maloclusão, limitação de abertura bucal e mobilidade interfragmentar. Paciente relatava dor em região pré-auricular bilateral e parestesia em lábio inferior. Ao exame de imagem verificou-se fratura de côndilo mandibular esquerdo, corpo mandibular direito e complexo zigomático-maxilar direito.

Após avaliação clínica e radiográfica, planejou-se osteossíntese das fraturas, sob anestesia geral, a mesma foi realizada no Hospital Universitário Onofre Lopes no dia 12/05/19.

Atualmente o paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial com pós-operatório de 1 mês e 20 dias, sem queixas algicas, oclusão estável, compatível com a oclusão prévia ao trauma, edema intra-oral em processo de completa regressão, sem sinais de inflamação/infecção e/ou deiscência referindo parestesia. O mesmo está apto a retomar suas atividades profissionais.

Residência de A. Neto
Bucco-Maxillo-Facial
DOD-HUOL/UFRN
CRO-RN 5217

Luís Ferreira de Almeida Neto
Área de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial DOD-UFRN/HUOL
CRO/RN: 5217



Observação do Apoio:

CONDIÇÃO

Condição VTR

Remoção

Condição Equipe de Enfermagem:

01/02/2019 21:13:09 - COMUNICADOR

TARM MADALENA : DR. ANDRE IRA RECEBER PACIENTE

SELEÇÃO / TRANSPARÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE -

H. ligação ao serv prop.:

23:53

P:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

Ass:

DEPENDENTES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANDRÉ DA CRUZ GONÇALVES

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 036 640 974 / 06 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

WANDERSON DA SILVA OLIVEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.347.614 / 74

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima WANDERSON DA SILVA OLIVEIRO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.347.614 / 74 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA FAZENDA NOVA</u>	Número: <u>08</u>	Complemento:
Bairro: <u>CIDADE DA ESPERANÇA</u>	Cidade: <u>NATAL</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail:	CEP: <u>59 070 390</u>	Tel.(DDD): <u>(84) 9 8779-0612</u>

Local e Data: NATAL 23 DE ABRIL DE 2020

André da Cruz Gonçalves
Assinatura do Declarante

OLDR.001 V001/2017





ANDRE

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOI

FATURA DE

ABR/2019

CÓDIGO MINHA OI
401882621833

VENCIMENTO

13/05/2019

Emissão em 25/04/2019
Período de 23/03/2018 a 23/04/2019

PAGAR (R\$)

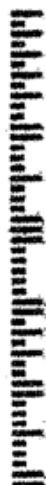
61,47

2019-05-13 14:07:53 JUNI

SERVIÇOS UTILIZADOS



29104574



CTC RECIFE PE PL9
ANDRE DA CRUZ GONCALVES
RUA FAZENDA NOVA 8
CIDADE DA ESPERANCA
59070-390 - NATAL - RN

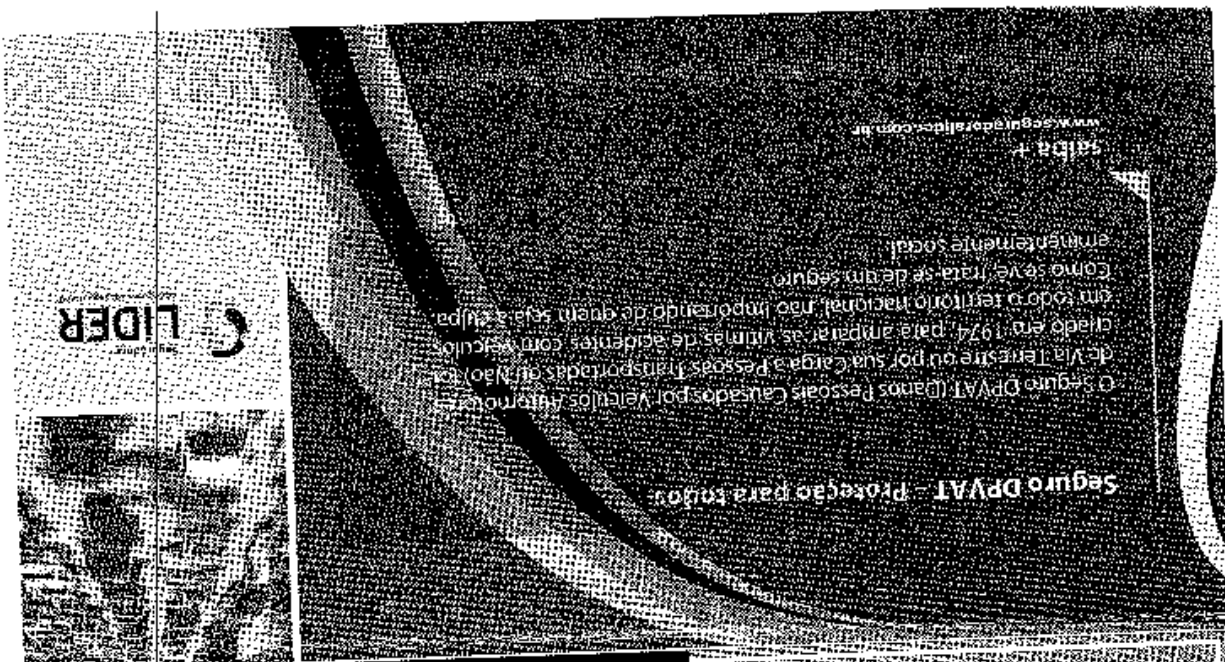


**QUE TAL
PAGAR COM A**



7213512820 29170 00004304574 30 020519





Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT



WANDERSON DA SILVA OVIDIO
R SERTAOZINHO, 174
POTENGI
CEP 58125-140 - NATAL - RN

DEVOLUÇÃO Seguradora Líder - DPVAT CAIXA POSTAL 40.970 CEP: 20011-905 www.seguradoralider.com.br	
Para uso dos correios <input type="checkbox"/> Mudança <input type="checkbox"/> Descontado <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não encontrado	Responsável pela informação Assinatura: _____ Nome: _____ Cargo: _____ Data: _____

Entre em contato conosco
SAC DPVAT 0800 022 12 04
www.seguradoralider.com.br



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 04/08/2020 12:05:42

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080412054245900000055985966

Número do documento: 20080412054245900000055985966

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
017.347.614 74 WANDERSON DA SILVA OLÍDIO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 045/2012

5 - Nome completo: WANDERSON DA SILVA OLÍDIO
6 - CPF: 017.347.614 74
7 - Profissão: AUTÔNOMO
8 - Endereço: RUA SERTÃOZINHO
9 - Número: 174
10 - Complemento:
11 - Bairro: ATENGI
12 - Cidade: NATAL
13 - Estado: RN
14 - CEP: 59125-140
15 - E-mail:
16 - Tel (DDD): (84) 98179-0632

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:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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 abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2010 CONTA: 00178541
(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 (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de 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 (vivasas)? ☐ 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

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, NATAL 22 ABRIL 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Wanderson da Silva Olídio

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
Andréia da Costa Gonçalves

FPS.001 V002/2019



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 101010

1 - LOCAL E DATA

Local AV. DR. JOÃO M. FILHO Bairro REDINHA
Cidade/UF NATAL-RN P. Ref. CAVA JATO DO NITROU
Data 01/02/2019 Hora do acidente 20:30 Hora do registro 20:42 Dia da semana SEXTA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☒ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☒ - Outro(s)

3 - VEICULO 01

Placa ou Chassi OWG-2971 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. MARCAPO/VOLARE Cor BRANCA Ano 2014 2014
Proprietário ARVALDO APOLAB DE LIMA Nº de Ocupantes 01
Condutor JORGE CARLOS DE LIMA Data de Nasc. 29/05/1958
Endereço AV. ANTONIO BASILIO Nº 129 Fone 98717-9577
Bairro QUINTAS Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 142983784-04 CNH Nº 0241363454 Validade 07/01/2021 Categoria D
Local de Trabalho AUTONOMO Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEICULO 02

Placa ou Chassi LSJ-4225 Cidade TAB. DOS GUARARAPES UF PE
Marca/Mod. CITROEN PICASSO Cor PRATA Ano 2012 2012
Proprietário WILSON RODRIGUES DE SOUZA Nº de Ocupantes 01
Condutor FABIANA BEZERRA DOS SANTOS Data de Nasc. 21/01/1981
Endereço RUA JOSE CARLOS PINALHO COSTA Nº 62 Fone 99932-3144
Bairro REDINHA Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 03411313420 CNH Nº 04424006833 Validade 01/02/2023 Categoria B
Local de Trabalho DO CAR Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEICULO 03

Placa ou Chassi MOD-7621 Cidade S.G. MANARANTE UF RN
Marca/Mod. HONDA/CR 300R Cor AMARELA Ano 2013 2013
Proprietário LUCIANO PABLO DA SILVA Nº de Ocupantes 02
Condutor WANDERSON DA SILVA OLIVEIRA Data de Nasc. 15/02/1993
Endereço RUA SERRA DA ARAGUATA Nº 174 Fone 98789-8006
Bairro POTENGI Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 011397614-74 CNH Nº _____ Validade 1 Categoria 1
Local de Trabalho AUTONOMO Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEICULO 04

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

Autenticação Nº do Boletim: 101010 Nº da Ocorrência: 923201 Data Registro: 05/02/2019 Hora Registro: 09:00:45 Número/Controle: DF667C03BAFA07CF



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 04/08/2020 12:05:42

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080412054245900000055985966>

Número do documento: 20080412054245900000055985966

7. VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. DR. JOÃO M. FILHO
 Em que sentido? IGAPU / REDINHA Em que faixa? DIREITA
 Versão do condutor ALGEM QUE ESTAVA PARADO ADENTRO NA GARAGEM QUANDO SENTIU O IMPACTO.

Assinatura do Condutor do V1 Fernando Pereira da Silva

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. DR. JOÃO M. FILHO
 Em que sentido? IGAPU / REDINHA Em que faixa? ESQUERDA
 Versão do condutor ALGEM QUE TRANSITAVA NORMALMENTE NA VIA CITADA QUANDO FOI SUPEREBILADO PELA U-3 COLIDINDO NA TRASEIRA EM SEU VEICULO.

Assinatura do Condutor do V2 Fabiano Pereira da Silva

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. DR. JOÃO M. FILHO
 Em que sentido? IGAPU / REDINHA Em que faixa? ESQUERDA
 Versão do condutor ALGEM QUE TRANSITAVA NORMALMENTE NA VIA CITADA QUANDO O U-3 ENTROU DEZ O MESMO TENTOU DESVIAR DADO O GUIÃO DO U-1 FOI QUANDO PERDEU O CONTROLE VINDO A COLIDIR NA TRASEIRA DO U-3.

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____ Em que faixa? _____
 Em que sentido? _____
 Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4

Autenticação Nº do Boletim: 101010 Nº da Ocorrência: 923201 Data Registro: 05/02/2019 Hora Registro: 09:00:45 Número/Controle: DF667C03BAFA07CF

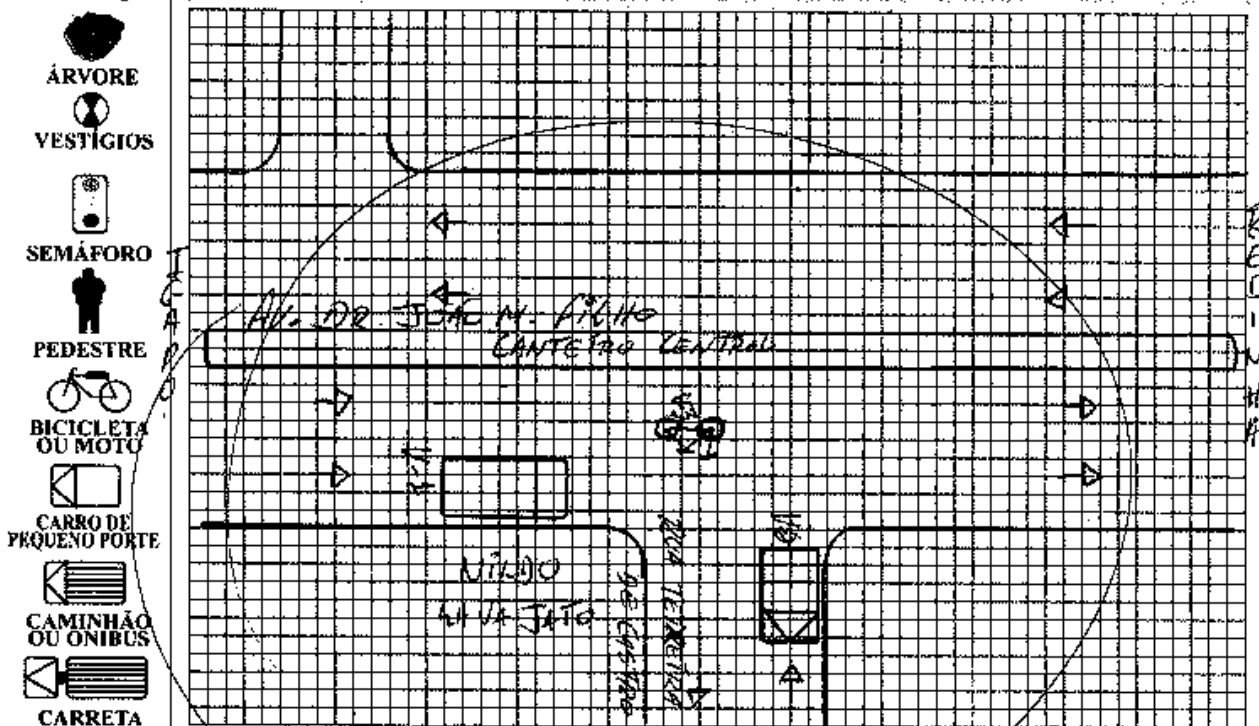


101010

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Carnet./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Ative Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebliana	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Ative Suave	<input type="checkbox"/> Poças d'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input checked="" type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s)
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	
			<input type="checkbox"/> Retorno		
			<input type="checkbox"/> Entroncamento		
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		

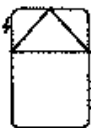
9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

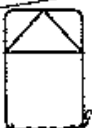
AVARIAS DO VEÍCULO 1

CARPA LATERAL, DANTEIROS



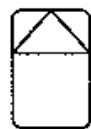
AVARIAS DO VEÍCULO 2

PARABRISCO, TRASERO, DO POUCHOUQUE, TAMBOR DO FREIO, LANTERNA, PARTE INFERIOR DO LÍQUIDO E DANOS INTERIORES A VERIFICAR.

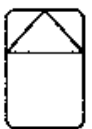


AVARIAS DO VEÍCULO 3

PARABRISCO, PARALANAS DIANTEIRO, PAINEL, RETROVISORES, LANTERNA, DIRETA, PROTEÇÃO DO CANO DE ESCAPE, TAMBOR E TELESCÓPIO E DANOS MÚLTIPLOS A VERIFICAR.



AVARIAS DO VEÍCULO 4



Autenticação Nº do Boletim: 101010 Nº da Ocorrência: 923201 Data Registro: 05/02/2019 Hora Registro: 09:00:45 Número/Contrale: DF667C03BAFA07CF



11 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presença: ☐ Foto ☐ Registro
 Nome MARIANA BEZERRA DOS SANTOS Data de Nascimento 22/03/1981
 RG Nº 1381533 Órgão Expedidor ITDP/RN Nº 62
 Endereço RUA JOSE CARLOS KANALHO COSTA Fone _____
 Bairro PENHA Cidade NATAL UF RN
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 12 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: H. CLIVIS SARINHA Presença: ☐ Foto ☐ Registro
 Nome ARTHUR RONALD MARTINS DA SILVA Data de Nascimento 13/04/1997
 RG Nº 003422509 Órgão Expedidor ITDP/RN Nº 42
 Endereço RUA CARILBA Fone 98817-1976
 Bairro POTENGI Cidade NATAL UF RN
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 13 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: H. CLIVIS SARINHA Presença: ☐ Foto ☐ Registro
 Nome WANDERSON DA SILVA DUÍDO Data de Nascimento 15/02/1972
 RG Nº 003387693 Órgão Expedidor ITDP/RN Nº 174
 Endereço RUA SERRA DA ARAGUÁIA Fone 98889-2006
 Bairro POTENGI Cidade NATAL UF RN
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presença: ☐ Foto ☐ Registro
 Nome _____ Data de Nascimento _____
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Nº _____
 Endereço _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
 Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome SAMV NATAL RG Nº _____ Órgão Exp. _____
 Endereço _____ Nº _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO ART Nº 012164233 COD/DESD 501-06

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

INFORMO QUE O VEÍCULO V-3 FOI ENTREGUE AO SR. JOSE CARLOS DE SOUZA ALVES
 CPF. 498930504 COM 0152635947 CAT. AB ASS. por sobre 6/5/2019
 INFORMO QUE O PASSAGEIRO E O CONDUTOR DE V-3 FOI CONDUZIDO AO H. CLIVIS SARINHA
 PELA SAUD NATAL E A CONDUTORA DE V-2 PERMANECER NO LOCAL EM ESPERA DE CHAMAR E
 OS FAMILIARES LEVOU A MESMA AO PRATO SOCORRO NA JNDEMETAV.
 TAMBÉM INFORMO QUE O CONDUTOR DE V-3 NÃO TEVE CONDIÇÕES DE ASSINAR A -
 VERSÃO.

Nome Completo do Agente Carlos Dion Abdon
 POSTO/GRAD.: 3: SGT PM Nº 26411 Viatura DRE-107 Substância: 1: OPRE
 Local e Data NATAL 01 de FEVEREIRO de 2019
 Assinatura do Agente de Trânsito _____

ção Nº do Boletim: 101010 Nº da Ocorrência: 923201 Data Registro: 05/02/2019 Hora Registro: 09:00:45 Número/Controle: DF687C03BAFA07CF



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
017.347.614 74 WANDERSON DA SILVA OLÍDIO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 045/2012

5 - Nome completo: WANDERSON DA SILVA OLÍDIO
6 - CPF: 017.347.614 74
7 - Profissão: AUTÔNOMO
8 - Endereço: RUA SERTÃOZINHO
9 - Número: 174
10 - Complemento:
11 - Bairro: ATENGI
12 - Cidade: NATAL
13 - Estado: RN
14 - CEP: 59125-140
15 - E-mail:
16 - Tel (DDD): (84) 98179-0632

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:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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 abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2010 CONTA: 00178541
(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 (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de 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 (vivasas)? ☐ 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

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, NATAL 22 ABRIL 2020

Wanderson da Silva Olídio

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200156607

Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Data do Acidente: 01/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRE DA CRUZ GONCALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WANDERSON DA SILVA OVIDIO

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 00000178541-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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,





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, 24 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200156607

Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Data do Acidente: 01/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRE DA CRUZ GONCALVES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WANDERSON DA SILVA OVIDIO

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,

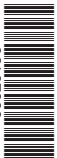
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15723336

Pag. 00259/00260 - carta_01 - INVALIDEZ

00020130



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:	07/05/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000178541-0

Nr. da Autenticação 8E57D61EE56C4F20



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309353/19

Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

CPF: 017.347.614-74

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 01/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

WANDERSON DA SILVA OVIDIO : 017.347.614-74

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: 06/09/2019
Nome: WANDERSON DA SILVA OVIDIO
CPF: 017.347.614-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Nathalia Beatriz Braga Costa





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, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190519992 Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Data do Acidente: 01/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WANDERSON DA SILVA OVIDIO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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. 00523/00524 - carta_03 - INVALIDEZ

00020282



Carta nº 14769100





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, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190519992

Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Data do Acidente: 01/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WANDERSON DA SILVA OVIDIO

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

Carta nº 14927126



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121818/20

Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

CPF: 017.347.614-74

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 01/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANDRE DA CRUZ GONCALVES : 016.640.974-06

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

WANDERSON DA SILVA OVIDIO : 017.347.614-74

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: 24/04/2020
Nome: ANDRE DA CRUZ GONCALVES
CPF: 016.640.974-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

ANDRE DA CRUZ GONCALVES

THIARA VIRGINIA DA HORA





Dra. Suelly Fernandes Ribeiro de Sousa
OAB/RN 17.267
Dra. Geanara Araújo de Lima
OAB/RN 16.005
Dra. Maria Amália Dias Ikeda
OAB/RN 8.679

INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Sr(a) Wanderson da Silva Aúdio brasileiro(a), estado civil solteiro profissão autônomo portador(a) do Rg. nº 003 187 693-SSP/RN e CPF de nº: 017 347 614-74 residente e domiciliado na R: Santaquinha nº 174 Bairro Potengi - Município de Natal RN, CEP: 59125140, com telefone para contato: (84) 98781-8006; Email: _____

OUTORGADO: ANDRÉ DA CRUZ GONÇALVES, brasileiro, casado, autônomo, residente e domiciliado à Rua fazenda Nova, nº 8, Bairro da Cidade Da Esperança – Natal/RN CEP 59070-390, inscrito no CPF de nº 016.640.974-06 e no RG de nº 002.324.034 SSP/RN, com telefone para contato (84) 9 8779.0612.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) **OUTORGANTE** nomeia e constitui o **OUTORGADO** seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Wanderson da Silva Aúdio, ocorrido em 04/02/2019, conforme registrado no B.O anexado ao processo.

Podendo o dito **PROCURADOR**, representar o(a) **OUTORGANTE** como se o próprio fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento/crédito de indenização de sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

NATAL, 23 de ABRIL de 2020

Wanderson da Silva Aúdio
CPF nº 017 347 614 74
Outorgante

Obs: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.

Espaço Comercial André Barbosa
Rua dos Canindés nº 1235, Bairro Alecrim, CEP 59030-600,
Telefone 084 99192.9564 // 98811.6496.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200156607 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO **Data do acidente:** 01/02/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (TRAUMA DE FACE/MANDÍBULA/ZIGOMÁTICO)(PAG.03.04.05.07)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA (PAG.07)

Sequelas permanentes: POR LESÃO EM ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL POR LESÃO EM ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS

**Documentos
complementares:**

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



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: 30/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.645,77

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000178541-0

Nr. da Autenticação BDF18F0BA5E0ADF5



PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200156617 **Data do acidente:** 01/02/2019
Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO **Atendimento:** HOSPITAL
Cidade: Natal **UF:** RN **Análise:** Primeira Análise
Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA **Data:** 28/04/2020 16:36:35

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO CRANIO E DOS OSSOS DA FACE FRAT DOS OSSOS MALARES E MAXILARES - **Internação:** Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Taxas Odontológicas	11167	IMPLANTE ZIGOMÁTICO - POR UNIDADE	3000,00	1645,77
Total da Análise Atual			3000,00	1645,77

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: WANDERSON DA SILVA OVIDIO Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	3000,00	1645,77	1645,77
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	3000,00	1645,77	1645,77

TOTAL PLEITEADO: 3000,00 **TOTAL AVALIADO:** 1645,77 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 1645,77

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA





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, 07 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200156617

Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Data do Acidente: 01/02/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: ANDRE DA CRUZ GONCALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WANDERSON DA SILVA OVIDIO

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

Recebedor: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Valor: R\$ 1.645,77

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 00000178541-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00967/00968 - carta_12 - DAMS



Recibo

Nº	R\$ 3'000,00
----	--------------

Receb. 0 do(s) Sr.(s) Wanderson da Silva Ovidio

Endereço

a importância supra de R\$ Três mil reais

referente Tratamento Odontológico
(2 implantes dentários)

pelo que para maior clareza fica o presente.

EMITENTE Rio Branco, 664, 2ª Andar Centro - Natal/RN	OBSERVAÇÕES (84) 9 9903-6595 Dr. Marcelo Oliveira
ENEMERGO 727.186.982-00	ASSINATURA Cirurgião Dentista
LOCAL E DATA Natal 08.07.2019	CRO RN 4935

Inscrição Grátis

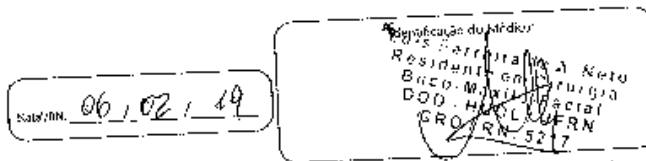


Serão: Leandro Gonçalves;

DATA: 11/02/19.

Valor: 08:00.

L.O: R 420 + MMD.



Av. Nilo Peçanha, 620, Petrópolis | Cep 59.012-300, Natal/RN
+55 (84) 3342-5800 | www.tjrn.jus.br





Departamento de Odontologia - CCS/UFRN

URGENTE
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
DISCIPLINA DE IMAGENOLOGIA

REQUISIÇÃO DE EXAMES RADIOGRÁFICOS

DISCIPLINA SOLICITANTE: Odontologia

PACIENTE: com

RADIOGRAFIA INTRABUCAL

RADIOGRAFIA PERIAPICAL

☐ Boca completa

Seguintes dentes assinalados:

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL

☐ Molares
☐ Dir
☐ Esq

☐ Pré-molares
☐ Dir
☐ Esq

RADIOGRAFIA OCLUSAL

☐ Maxila Total
☐ Maxila Parcial Direita
☐ Maxila Parcial Esquerda

☐ Mandíbula Total
☐ Mandíbula Parcial Direita
☐ Mandíbula Parcial Esquerda

TÉCNICA DE LOCALIZAÇÃO

☐ Técnica de Clark:

☐ Outra:

RADIOGRAFIA EXTRABUCAL

☒ Panorâmica
☐ Perfil de face (Telerradiografia)
☐ P.A. de crânio
☐ Waters (Seios da face)
☐ Obliqua de face

☐ Hirtz
☐ Towne
☐ OPN
☐ ATM (boca aberta e fechada)
☐ Outra:

OBSERVAÇÕES (Justificativa/indicação clínica):

Assinado eletronicamente por: Jose Wilton de Macedo Senor

E-MAIL da Disciplina: odonto@ufrn.br


Aluno: com

Data: 01/02/19


Professor: com

(Assinatura e Carimbo)



	GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfrado Gurgel Pronto Socorro Clóvis Salinho	RECEITUÁRIO
	NOME <i>Wanderson da Silva Oliveira</i>	

to *no olho*
O VIGIATEX colírio : até
Pingar a gota de 4/4h no
olho direito por 7 dias.

DATA <i>08.02.19</i>	
	Dr. Araken Eraldo de Sousa Oftalmologista CRM/RN 4652
	ASSINATURA

SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA.
 FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE.

PILOTE SEMPRE COM CAPACETES.
 COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

RECEITUÁRIO

Wanderson de Silva Dias

Ar. Endodontista

Paciente com fraturas em + de
necessitando de cirurgia sob anestesia
genl.

Solicito exame e parecer endodontico

Dr. Valdir de Macedo Santos
Cirurgião Endodontista
CRM 11221
R. 11221

Data 11/02/19





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

RECEITUÁRIO

NOME CLAUDESON DE SAUS OLIVEIRA

do CONSÓRCIO

SOLICITO ATENDIMENTO
Paciente com sintomas de
MOMIPALU E TUBULI, sendo
SUBMETIDO A EXAME DE
DIAGNÓSTICO GERAL.

DATA 01 / 02 / 19

Res. 0001/2014
DOB. W. S. L. U. N.
CRO. S. L. U. N.

ASSINATURA

SE FOR DIFERIR NÃO BEBA.
FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE.

PISTE SEMPRE COM CAPACETE.
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

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



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

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

RECEITUÁRIO

NOME WANDERSON SOARES OLIVEIRA

Uso interno (uso em)

① TRUPROPRANO 600mg 0105

Tom 01 comp. de 08/08 hrs por
05 dias.

② LISAPROL 300mg 0104

Tom 01 comp. de 06/06 hrs por
05 dias.

Uso externo

③ PENICILINA 0,120g 0105

Isocucion 04 vez ao dia por
04 dias.

DATA 01 / 02 / 19

Julia Ferreira da Silva
Residente em
Bucco-Maxilo
DOD - HUGO
CROIRN.5

ASSINATURA


SE FORTIFICAR NÃO CEGA.
FUMAR PREJUDICA A SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE.

PILOTE SEMPRE COM CAPACETE
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência baseada para crianças e adultos em situações de emergência oftálmica, cirúrgica, aguda ou crônica, e doenças de transmissão, de acordo com as melhores práticas científicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz das melhores práticas e tecnologias.



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

NOME Wenderson da Silva Oliveira

Uso interno (uso am)

① - Prescrição 835 mg 016
 Tomar 01 caps no 0818 horas por
 15 dias.

DATA 01 / 02 / 19

Luis Ferreira da Silva
 Residente em Clínica de
 BUCO-MAXILO-FACIAIS
 DOD - HUCAL/UFERN
 CRO 121212
 ASSINATURA

SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA. RESPEITE O PEDESTRE. PIOTE SEMPRE COM CAPACETE S.
 FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE. COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

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



HEMOLAB
Av. Napoleão, 520 - Itaverti - Niterói - RJ - (RJ) 3119-5000

07/02/2019 08:12:43 - LUCAST



Cliente: 1358-11 - WANDERSON DA SILVA OVIDIO
Nascimento: 15/02/1982
Módulo: 5217 - RN LUIS FERREIRA DE A NETO

Pedido: 4246-11 POSTO H11
Atend.: 07/02/2019 08:12 Ref.: 11015
Convênio: PART.CONV

EXAMES SOLICITADOS: (3)

(COAG) COAGULOGRAMA - (SANGUE TOTAL) -
(GLI) GLICOSE EM JEJUM - GLICEMICA - (SORO) -
(HEM) HEMOGRAMA - (SANGUE TOTAL) -

Previsão	Material	Honorário
08/02/2019 16:00		50,00
08/02/2019 16:00		06,00
08/02/2019 16:00		14,00

www.hemolabrn.com

CLIENTE

Total de honorários: R\$ 79,00 Desconto: R\$ 0,00 Pago: R\$ 0,00 A pagar: R\$ 79,00
NA INTERNET - LOCALIZADOR: 28536706365 - USE SEU CPF COMO SENHA
www.hemolabrn.com

EM - FALTA MATERIAL RE - COLHEITA NA DOAÇÃO CL - COLHEITA PELA CLIENTE

SofL@0



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 04/08/2020 12:05:43

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080412054298300000055985967

Número do documento: 20080412054298300000055985967

Num. 58303738 - Pág. 12

RECEITA MÉDICA

Nome: **WANDERSON DA SILVA OVIDIO**

Clindamicina 300 mg (Uso interno - Via Oral) ----- 01 caixa
Tomar 01 comprimido a cada 06 horas por 05 dias

DROGARIAS BEZERRA
DISPENSADO
DATA 19 / 2 / 19

Natal/RN, 17/02/2019


Mário Sérgio
Mário Sérgio
Mário Sérgio
Mário Sérgio
Mário Sérgio

Carimbo e Assinatura do Médico



RECEITA MÉDICA

Nome: **WANDERSON DA SILVA OVIDIO**

Lisador (Uso Interno - Via Oral) ----- 01 caixa ✓
Tomar 01 comprimido a cada 06 horas por 05 dias.

Nimesulida 100 mg (Uso Interno - Via Oral) ----- 01 caixa ✓
Tomar 01 comprimido a cada 12 horas por 03 dias.

Clorexidina 0,12% (Uso Tópico) ----- 01 Frasco ✓
Bochechar 02 vezes ao dia por 10 dias.

Natal/RN, 17/02/2019

João Wilson de Macedo Sá Jr.
CRM: 10.100 - ROR
R. 100 - 100 - 100
R. 100 - 100 - 100

Carimbo e Assinatura do Médico






PREFEITURA DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 NATAL



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **WANDERSON DA SILVA OVIDIO**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 01/02/2019 aproximadamente às 19h55min, na Avenida Doutor João Medeiros Filho, Redinha, nesta Cidade. Sob nº de ocorrência 242602/2, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 27 de março de 2019.


Everton da Silva Rocha
Auxiliar administrativo
Matrícula nº 61.096-08
Coordenação administrativa SAMU 192 Natal

Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN - CEP: 59054-280
Tel.: (84) 3232-9222 (84) 3232-9211 - e-mail: admsamunatal@yahoo.com.br



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 242602/2

Data: 01/02/2019

CHAMADO

TARM: DIANA ALVES JAPIASSU

Médico Regulação:

Rádio Operador: CLAUDIO ADRIANO RODRIGUES ZACARIAS

Médico Cena: RICARDO ALEXANDRE RAMOS BARBOSA

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 18 (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

Equipe VTR: EDIVALDO SOARES DA SILVA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
JOÃO PAULO TORRES DE QUEIROZ - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: TIAGO

Telefone: 084988161248

Nome do Paciente:

WANDERSON DA SILVA ODILIO

Idade: *

26

ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.2517838 Longitude: -35.2343687

Endereço: AVENIDA DOUTOR JOÃO MEDEIROS FILHO

Nº: VP

Bairro: REDINHA

Outro Bairro:

Referência/Complemento: NITERÓI // SENTIDO IGAPO - REDINHA // APOS CAIU DO CYTE // EM FRENTE AO EXPANSIVO //

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WILFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISÃO CARRO X MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

01/02/2019 19:58:43 - Dr(a). MARCOS ANTÔNIO PEREIRA DANTAS JÚNIOR

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: 02 VÍTIMAS - AS DUAS VÍTIMAS DA COLISÃO ESTAVAM NA MOTO. PACIENTE CONSCIENTES NO QTH, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
01/02/2019
19:55:33
Saída Local:
01/02/2019
21:03:05

Regulação Médica:
01/02/2019
19:58:43
Chegada Destino:
01/02/2019
21:31:07

Solicitação VTR:
01/02/2019
20:26:36
Liberação Destino:
01/02/2019
23:42:10

Saída VTR:
01/02/2019
20:27:47
Liberação VTR:
01/02/2019
23:42:11

Chegada Local:
01/02/2019
20:39:53



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 04/08/2020 12:05:43

https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080412054298300000055985967

Número do documento: 20080412054298300000055985967



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **6372 /2019**
Admissão: **01/02/2019 21:41:25**



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **113021 - WANDERSON DA SILVA OUVÍDIO** (26 a 11 m 15 d)

Nascimento: 15/02/1992 Natural: NATAL, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF: 01734761474

Prof:

Mãe: VERA LUCIA DA SILVA

Pai:

Logradouro: SERTAÓZINHO, 174

CEP: 59125140

Bairro: PÔTENGÍ

Cidade: NATAL

Telefone: 84 988731827

Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:					
OBS: PACIENTE SEM DOCUMENTO					Classificação: 01/02/2019 21:34:18					
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TRAUMA FACIAL, CORTE ABDOME, OLHO EDEMACIADO, QUEDA DE MOTO (PACIENTE SEM DOCUMENTO)

Hora:

TOMOGRAFIA/HMWG
Data: 01/02/19 Hora: 23:16
Técnico: M. G. G. G.
Exame: crânio
Médico: Dr. Roberto

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Vias aéreas livres sem cervicalgia

B Leixas estáveis

C Pulso cheiro FC: 70 130 + 80

D Reflexos 1

E Trauma de face; hemis esquivado

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

BOLETIM FATURADO

EM: 24/6/19

*Saída: -

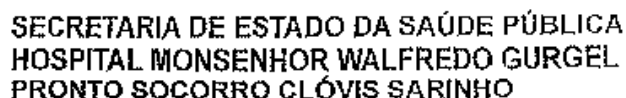
Realizado em: 01/02/19 23:30

Técnico:

DIAGNOSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por MARIA AURISTELA LEANDRO. Impresso em 01 de Fevereiro de 2019.





Nome:	Wanderley da Silva Oliveira	Idade:	26	Nº Reg:	
Serviço:	Contab.	Enfº	Político	Leito:	

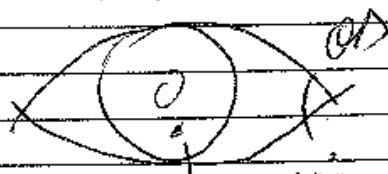
MOTIVO DA CONSULTA - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

José Witter de Matêio Santos

Natal 02 de Janeiro de 2019

Medico que solicita o parecer

PARECER



corpo estranho (FRAGMENTO DE VIDRO)

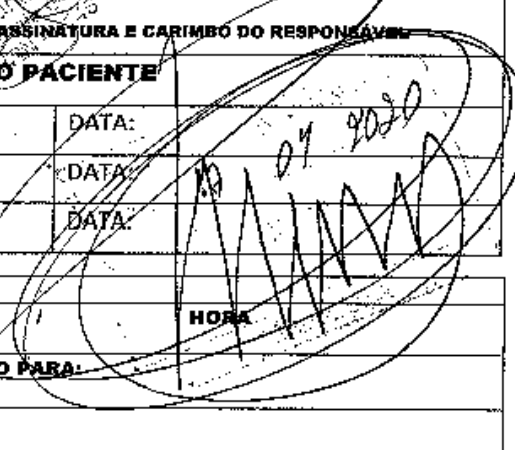
CD/D RETIRO COM ESTAMPADO

② VICTORIO GARCIA 4/6/1971
3/11/1971

Em 02 de Fev. de 2019

Medico que emite o parecer



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)			
A			
B			
C			
D			
E			
A(ALERGIAS)			
M(MEDICAÇÃO EM USO)			
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)			
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)			
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)			
V (PASSADO VACINAL)			
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)		LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
Rx de torax; fêver.			
		OUTROS	
CONDUÇÃO PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
Oxigênio 2 amp r.			
VAFM			
Tramadol 100mg - 1 amp + 100mg - 500mg 6V			
		# cirurgia geral	
		Roxos de Torax : am bônio	
		PNTX. Sem contusão	
		AO : 1) cura da CE.	
		f. de. 4/8/2020	
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:	
DESTINO DO PACIENTE:			
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA HORA			
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:			
ÓBITO: DATA / / HORA			
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP			





UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCO-MAXILO-FACIAL / DOD-HUOL/UFRN

Natal, 02 de Abril de 2019.

Laudo Profissional

O paciente Wanderson da Silva Ovídio, 26 anos, procurou o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do HUOL-UFRN em 11/02/2019 após acidente motociclístico, queixando-se de dor e dificuldade de abertura bucal.

Ao exame físico observou-se edema +1/+4 em região mandibular bilateral e em região geniana direita, maloclusão, limitação de abertura bucal e mobilidade interfragmentar. Paciente relatava dor em região pré-auricular bilateral e parestesia em lábio inferior. Ao exame de imagem verificou-se fratura de côndilo mandibular esquerdo, corpo mandibular direito e complexo zigomático-maxilar direito.

Após avaliação clínica e radiográfica, planejou-se osteossíntese das fraturas, sob anestesia geral, a mesma foi realizada no Hospital Universitário Onofre Lopes no dia 12/05/19.

Atualmente o paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial com pós-operatório de 1 mês e 20 dias, sem queixas algicas, oclusão estável, compatível com a oclusão prévia ao trauma, edema intra-oral em processo de completa regressão, sem sinais de inflamação/infecção e/ou deiscência referindo parestesia. O mesmo está apto a retomar suas atividades profissionais.

Residência de A. Neto
Bucco-Maxillo-Facial
DOD-HUOL/UFRN
CRO/RN 5217

Luis Ferreira de Almeida Neto
Área de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial DOD-UFRN/HUOL
CRO/RN: 5217



Observação do Apoio:

CONDIÇÃO

Condição VTR

Remoção

Condição Equipe de Enfermagem:

01/02/2019 21:13:09 - COMUNICADOR

TARM MADALENA : DR. ANDRE IRA RECEBER PACIENTE

SELEÇÃO / TRANSPARÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE -

H. ligação ao serv. prop.:

23:53

P:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

Ass:

DEPENDENTES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:





NOME
ANDRE DA CRUZ GONCALVES

DG. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
002324034 SSP RN

CPF
016.640.974-06

DATA NASCIMENTO
06/11/1985

FILIAÇÃO
ALDENOR DO NASCIMENTO
GONCALVES
ADELAIDE MARIA CRUZ
GONCALVES

PERMISSÃO
[REDACTED]

ACC
[REDACTED]

CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
05981127704

VALIDADE
07/02/2023

1ª HABILITAÇÃO
22/01/2014

OBSERVAÇÕES

André da Cruz Gonçalves

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
NATAL, RN

DATA EMISSÃO
08/02/2018

Luiz Edgardo Machado Pereira
Diretor Geral - Detran/RN

48088414055
RN702781446

ASSINATURA DO EMISSOR

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1563452267

PROIBIDO PLASTIFICAR
1563452267





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, 24 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200156617

Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Data do Acidente: 01/02/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: ANDRE DA CRUZ GONCALVES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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.

Informamos que o reembolso de despesas médicas e suplementares é avaliado conforme critérios de análise praticados pelo mercado e tendo como limite mínimo os valores constantes na Tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo assim ser ou não reembolsado em sua totalidade, observando-se o limite da cobertura.

Atenciosamente,

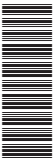
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15723341

Pag. 00261/00262 - carta_01 - DAMS

00020131





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 101010

1 - LOCAL E DATA

Local AV. DR. JOÃO M. FILHO Bairro REDINHA
Cidade/UF NATAL-RN P. Ref. CAVA JATO DO NITROU
Data 01/02/2019 Hora do acidente 20:30 Hora do registro 20:42 Dia da semana SEXTA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☒ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☒ - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01

Placa ou Chassi OWG-2971 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. MARCONI/VOLARE Cor BRANCA Ano 2014 2014
Proprietário ARVALDO APOLAB DE LIMA Nº de Ocupantes 01
Condutor JORGE CARLOS DE LIMA Data de Nasc. 29/05/1958
Endereço AV. ANTONIO BASILIO Nº 129 Fone 98717-9577
Bairro QUINTAS Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 142983784-04 CNH Nº 0241363454 Validade 07/01/2021 Categoria D
Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02

Placa ou Chassi LSJ-4225 Cidade TAB. DAS GUARARAPES UF PE
Marca/Mod. CITROEN/PICASSO Cor PRATA Ano 2012 2012
Proprietário WILSON RODRIGUES DE SOUZA Nº de Ocupantes 01
Condutor FABIANA BEZERRA DOS SANTOS Data de Nasc. 21/01/1981
Endereço RUA JOSE CARLOS PINALHO COSTA Nº 62 Fone 99932-3144
Bairro REDINHA Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 03411313420 CNH Nº 04424006833 Validade 01/02/2023 Categoria B
Local de Trabalho DO CAR Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03

Placa ou Chassi MOD-7621 Cidade S.G. MANARANTE UF RN
Marca/Mod. HONDA/CR 300R Cor AMARELA Ano 2013 2013
Proprietário LUCIANO PABLO DA SILVA Nº de Ocupantes 02
Condutor WANDERSON DA SILVA OLIVEIRA Data de Nasc. 15/02/1993
Endereço RUA SERRA DA ARAGUATA Nº 174 Fone 98789-8006
Bairro POTENGI Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 011397614-74 CNH Nº _____ Validade 1 1 Categoria _____
Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

Autenticação Nº do Boletim: 101010 Nº da Ocorrência: 923201 Data Registro: 05/02/2019 Hora Registro: 09:00:45 Número/Contrôle: DF667C03BAFA07CF



7. VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. DR. JOÃO M. FILHO
 Em que sentido? IGAPU / REDINHA Em que faixa? DIREITA
 Versão do condutor ALGEM QUE ESTAVA PARADO ADENTRO NA GARAGEM QUANDO SENTIU O IMPACTO.

Assinatura do Condutor do V1 Fernando Pereira da Silva

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. DR. JOÃO M. FILHO
 Em que sentido? IGAPU / REDINHA Em que faixa? ESQUERDA
 Versão do condutor ALGEM QUE TRANSITAVA NORMALMENTE NA VIA CITADA QUANDO FOI SUPEREBIDO PELA U-3 COLIDINDO NA TRASEIRA EM SEU VEICULO.

Assinatura do Condutor do V2 Fabiano Pereira da Silva

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. DR. JOÃO M. FILHO
 Em que sentido? IGAPU / REDINHA Em que faixa? ESQUERDA
 Versão do condutor ALGEM QUE TRANSITAVA NORMALMENTE NA VIA CITADA QUANDO O V-3 ENTROU DEZ O MESMO TENTOU DESVIAR DADO O GUIÃO DO V-1 FOI QUANDO PERDEU O CONTROLE VINDO A COLIDIR NA TRASEIRA DO V-3.

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____ Em que faixa? _____
 Em que sentido? _____
 Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4

Autenticação Nº do Boletim: 101010 Nº da Ocorrência: 923201 Data Registro: 05/02/2019 Hora Registro: 09:00:45 Número/Controle: DF667C03BAFA07CF

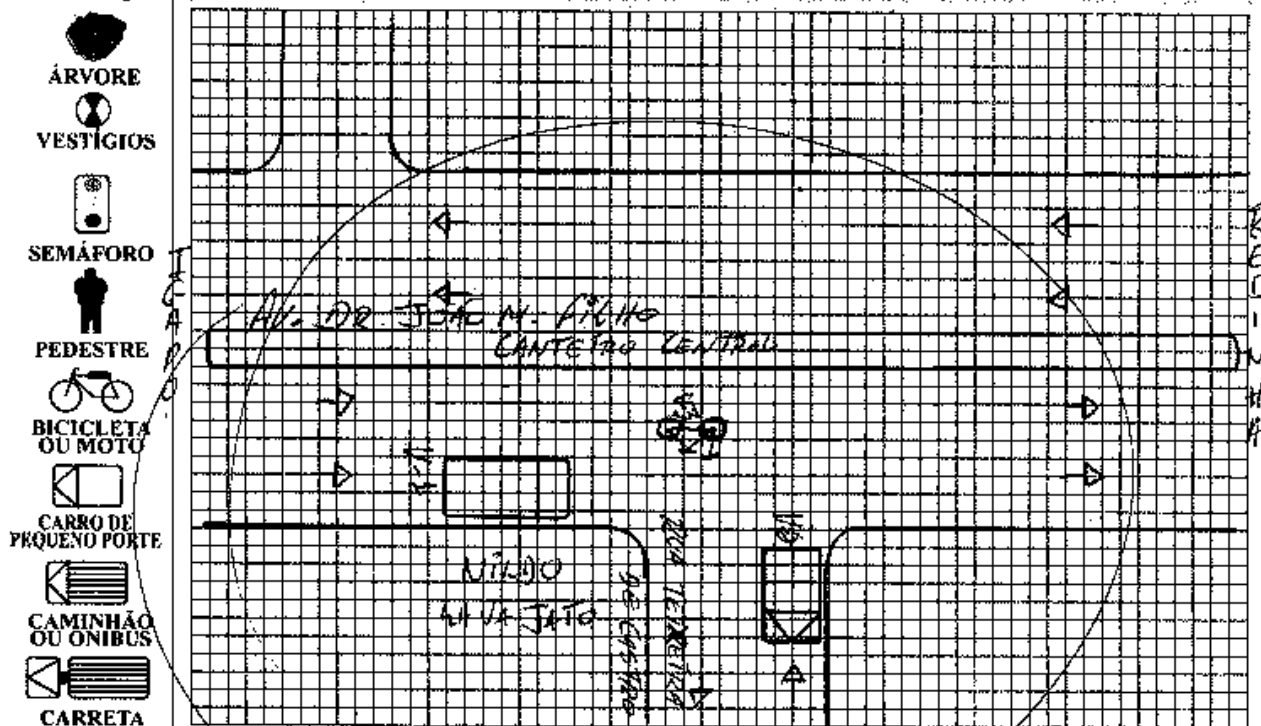


101010

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Carnet/ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Ative Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebliana	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Ative Suave	<input type="checkbox"/> Poças d'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros _____	<input checked="" type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

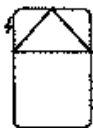
9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



10 - AVÁRIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

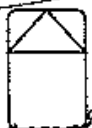
AVÁRIAS DO VEÍCULO 1

CARPA LATERAL, DANTEIROS



AVÁRIAS DO VEÍCULO 2

PARA BRUNO, PRASERO, DA POCHEQUE, TAMBÉM DO PNEU DA LANTERNA PARTE LANTERNA DO LÍQUIDO E DANOS INTERIORES A VERIFICAR.

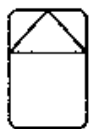


AVÁRIAS DO VEÍCULO 3

PAROL, PARALANAS DIANTERO, PAINEL RETROVISORES, LANTERNA DIREITA, PROTEÇÃO DO CANO DE ESCAPE, TANQUE E TELESCÓPIO E DANOS MÚLTIPLOS A VERIFICAR.



AVÁRIAS DO VEÍCULO 4



Autenticação Nº do Boletim: 101010 Nº da Ocorrência: 923201 Data Registro: 05/02/2019 Hora Registro: 09:00:45 Número/Contrale: DF667C03BAFA07CF



11 - ☒ Vítima condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presença: ☐ Foto ☐ Registro
 Nome MARIANA BEZERRA DOS SANTOS Data de Nascimento 22/03/1981
 RG Nº 1381533 Órgão Expedidor ITDP/RN Nº 62 Fone _____
 Endereço RUA JOSE CARLOS KANALHO COSTA Cidade NATAL UF RN
 Bairro REINHA Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 12 - ☒ Vítima condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: H. CLÓVIS SARINHA Presença: ☐ Foto ☐ Registro
 Nome ARTHUR RONALD MARTINS DA SILVA Data de Nascimento 13/04/1997
 RG Nº 003422509 Órgão Expedidor ITDP/RN Nº 42 Fone 98817-1976
 Endereço RUA CARLITO Cidade NATAL UF RN
 Bairro POTENGI Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 13 - ☒ Vítima condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: H. CLÓVIS SARINHA Presença: ☐ Foto ☐ Registro
 Nome WANDERSON DA SILVA DUÍDO Data de Nascimento 15/02/1972
 RG Nº 003387693 Órgão Expedidor ITDP/RN Nº 174 Fone 98889-2006
 Endereço RUA SERRA DA ARAGUÁIA Cidade NATAL UF RN
 Bairro POTENGI Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 14 - ☐ Vítima condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presença: ☐ Foto ☐ Registro
 Nome _____ Data de Nascimento _____
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Nº _____ Fone _____
 Endereço _____ Cidade _____ UF _____
 Bairro _____ Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
 Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome SAMV NATAL RG Nº _____ Órgão Exp. _____
 Endereço _____ Nº _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO ART Nº 12164233 COD/DESD 501-06

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

INFORMO QUE O VEÍCULO V-3 FOI ENTREGUE AO SR. JOSE CARLOS DE SOUZA ALVES
 CPF. 498930504 COM 01526359427 CAT. AB ASS. por Carlos B S / 06/02
 INFORMO QUE O PASSAGEIRO E O CONDUTOR DE V-3 FOI CONDUZIDO AO H. CLÓVIS SARINHA
 PELA SAÍDA NATAL E A CONDUTORA DE V-2 PERMANECER NO LOCAL EM ESPERA DE CHAMAR E
 OS FAMILIARES LEVOU A MESMA AO PRATO SOCORRO NA JNDEMETAN.
 TAMBÉM INFORMO QUE O CONDUTOR DE V-3 NÃO TEVE CONDIÇÕES DE ASSINAR A -
 VERSÃO.

Nome Completo do Agente Carlos Dion Abdon
 POSTO/GRAD.: 3: SGT PM Nº 26411 Viatura DRE-107 Substância: 1: OPRE
 Local e Data NATAL 01 de FEVEREIRO de 2019
 Assinatura do Agente de Trânsito _____

ção Nº do Boletim: 101010 Nº da Ocorrência: 923201 Data Registro: 05/02/2019 Hora Registro: 09:00:45 Número/Controle: DF667C03BAFA07CF

