



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
<b>WANDERSON DA SILVA OVIDIO (AUTOR)</b>	<b>GEONARA ARAUJO DE LIMA (ADVOGADO)</b> <b>SUELY FERNANDES RIBEIRO DE SOUSA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA DPVAT (RÉU)</b>	

**Documentos**

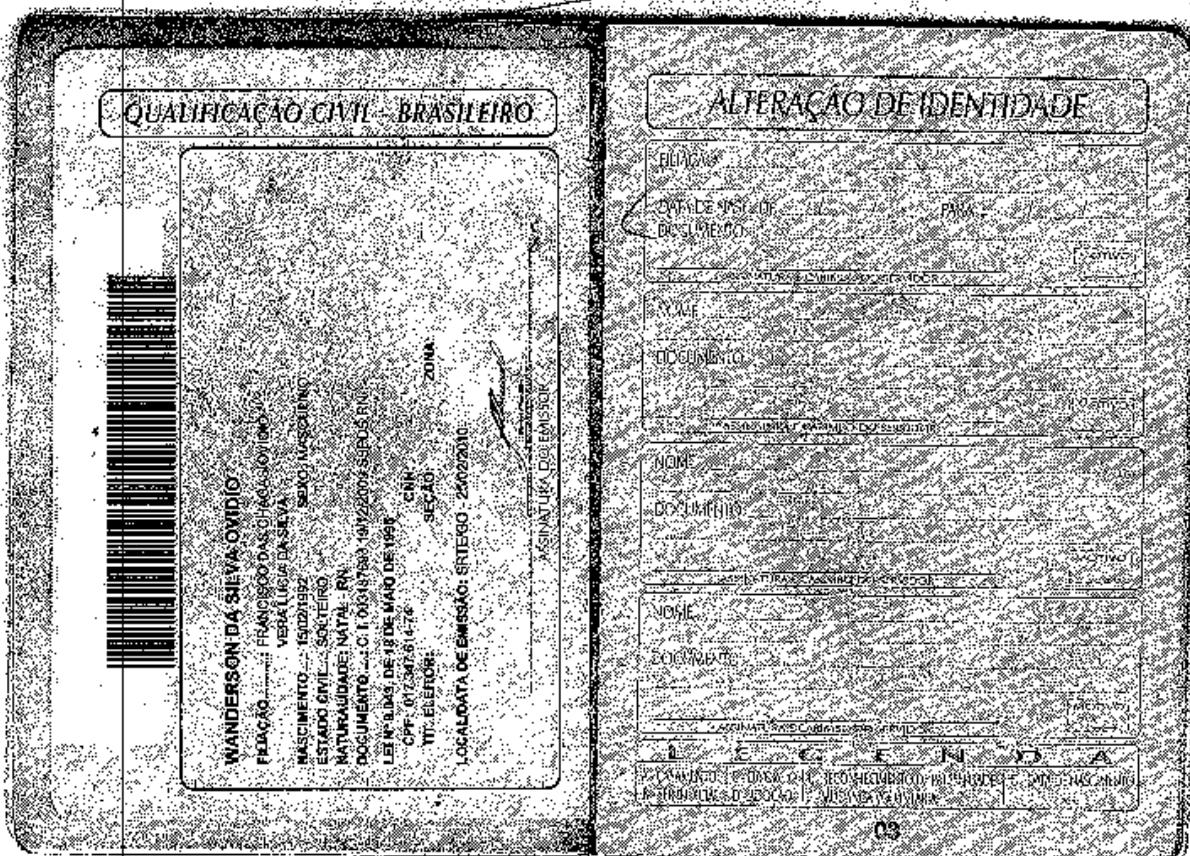
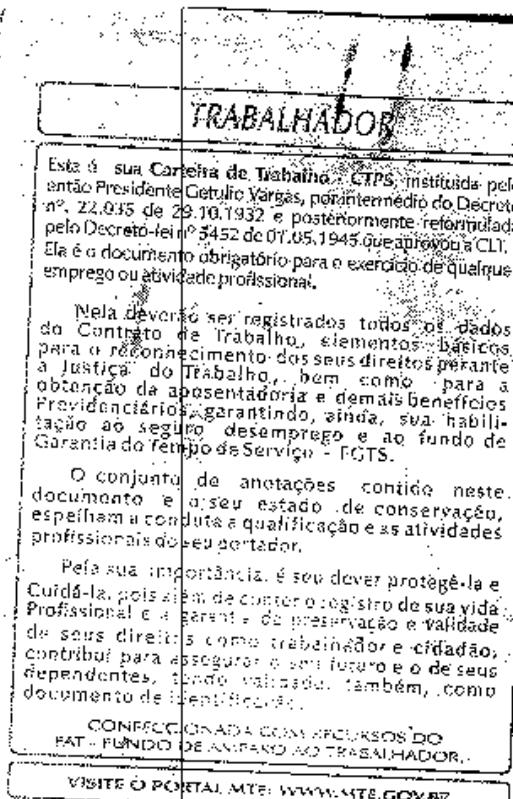
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58303 013	04/08/2020 12:05	<a href="#"><u>Contestação</u></a>	Contestação
58303 737	04/08/2020 12:05	<a href="#"><u>2739360_CONTESTACAO_Anexo_03</u></a>	Outros documentos
58303 738	04/08/2020 12:05	<a href="#"><u>2739360_CONTESTACAO_Anexo_04</u></a>	Outros documentos

Juntada de contestação e documentos.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 04/08/2020 12:05:41  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080412054069800000055985293>  
Número do documento: 20080412054069800000055985293

Num. 58303013 - Pág. 1





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



**SAMU  
192**

**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.

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

Rua Potiguaras, 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: 242802/2

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  
JOAO PAULO TORRES DE QUEIROZ - TECNICO 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: -5.7517838 Longitude: -35.2343687

Endereço: AVENIDA DOUTOR JOÃO MEDEIROS FILHO

Nº: VP

Bairro: REDINHA

Outro Bairro:

Referência/Complemento: NITERÓI // SENTIDO IGAPÓ - REDINHA // APOS CAJU SOCYTE // EM FRENTE AO EXPANSIVO //

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISÃO CARRO X MOTO

Quem Solicitou: Transiente

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: TRAJUA / 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

PRÉORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÉNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apóio:

HORÁRIES 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 N° 6372 /2019  
Admissão: 01/02/2019 21:41:25

CIRURGIA GERAL - AMARELO

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

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

CNS: CPF: 01734761474

Prof:

Mãe: VERA LUCIA DA SILVA

Pai:

Logradouro: SERTAOZINHO, 174

CEP: 59125140 Bairro: PÓTENGI

Cidade: NATAL

Telefone: 84 988731827

Compl:

Sexo: M Cor: PARDA

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: \_\_\_\_\_

*Acidente de moto*

TOMOGRAFIA/HMWG

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

Técnico: JKL GEORGE

Exame: Encefalograma

Médico: Dr. NOBRE

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Vias aéreas livres, sem cervicalgia

B Olhos intactos

C P脉压差 FC: 70 130 + 80

D Plicae parox 1

E Trauma de face; hérni contorcida

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

BOLETIM FATURADO

EM: 01/02/19

\*Saída: \_\_\_\_\_

R  
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.



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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome:

Wanderley da Silva Durichio Idade 26 N° Reg

Serviço:

Ctamb.

Enfº Bláthia Leito:

AO SERVIÇO Oftalmologia

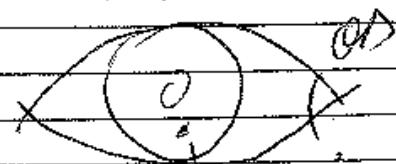
MOTIVO DA CONSULTA - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Paciente vítima de acidente de moto neste mês de seta-jeiro com colisão contra carro. Estava de capacete e relata impacto do que com o vidro traseiro do carro. Segundo paciente tem mancha brilhante e complexo óbito izogométrico que reage agitadamente. Se quiser d' "tela que amassa e pega o olho". No exame físico apresenta aumento de volume em parte interna do globo ocular superior à OD, na porção medial. Sobre o qual é avaliado pela equipe de oftalmologia se possível caso esteja.

Natal 02 de Fevereiro de 2019

José Walter de Macedo Soárez  
Oftalmologista  
E-mail: jwsoarez@uol.com.br  
CPF: 11.111.111-11  
CRM: 11111  
Médico que solicita o parecer

PARECER

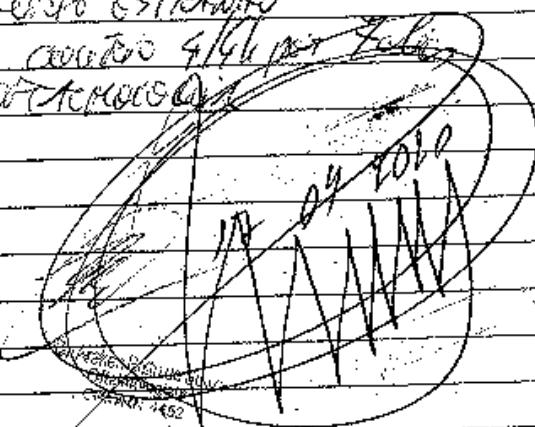


CORPO ESTANHO (FRAGMENTO DE VIDRO)

CD/CD RETIRO CORPO ESTANHO

3 CICLOS ANTES 4/46 por Fábio

3 Hora da ortomoss



Em 02 de Fevereiro de 2019

Médico que emite o parecer



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: <i>NL</i>	
<b>ANAMNESE</b>	Drowsiness de nato s/ perda de consciência Rebre sono e estreme
<b>EXAME FÍSICO</b>	B66 615 P11R s/ debilis Estremidade multiples hemorragias em face
<b>IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA</b>	Poli-trauma
<b>EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***</b>	TC de crânio fayal. Semi constante de lesões intracranianas
<b>CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)</b>	- Alito de rco e sangue - Dr. Cláudio
<b>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</b> <b>OUTROS</b> <b>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
<p><i>PAULO RODRIGUES MÉDICO CRM/RN 8031</i></p> <p><i>CONFIRMEU CONSULTA NATALIA MATTOS</i></p>	
<p><i>Assinatura e Carimbo do Responsável</i></p>	

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DE ESCALA DE COMA GLASS	
Abre los ojos [AO]	4
Otros se abren espontáneamente	3
Otros se abren en estímulos vitales (no contesta) cada vez después de unos pocos segundos	2
Extensor concreto y agudo S.	1
Otros se abren por estímulos dolorosos	2
Otros nalg se abre	1
Motivo del paciente [MOP]	0
Orientación: Respuestas orientadas y appropriateas a la propia situación. (pueden responder a la pregunta, a la hora, a la fecha, etc.)	4
Confusión: Respuestas de preguntas corrientes, pero faltas de orientación o coherencia	3
Pasajero: Respuestas que responden bien a las preguntas, pero tienen dificultad para recordarlas	2
Sonido sin significado [Desorientación sin respuesta relevante]	1
Ansiedad	0
Motivo de respuesta malo [MOPM]	0
Orientación a veces errada, o las señales simples se quedan durante el examen	6
Locuras y/o alucinaciones	5
Relación inapropiada o desproporcionada	3
Padre que a los 10 años responde	2
Padre enfermo de dolor (desorientado)	1
No responde ni se mueve	0

ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTB	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
11-150	= 4
8-120	= 3,
5-90	= 2
4-50	= 1
30	= 0
10-20	= 1
>20	= 0
5-30	= 1
1-50	= 1
40	= 0
>60	= 1
70-80	= 2
50-60	= 1
1-40	= 1

*"Ensayo de Tratamiento Fisiológico para la Infección por Leishmania infantum en Rata. Estudio del Adaptofia de Chitosan-N.R. Sustancia M.A. Capote, et al. A review of the Trials done. Tercera, 21(1) 62-64, 1981.*

10.1007/s00339-007-0333-0



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) <i>R<sup>x</sup> de torax; febre.</i>		LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
		OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS <i>Oxigene 2 ampp 2. CPR/FM - Medida Ocular OR/ETT F...</i>		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
<i>Tremor 600g - oxigene + ice w/ SFG x 6V</i>		<i>++ arritmia aguda Roxo de Torax : am branco PNTx: Sem evitoxicose ODS: 3) Agua clara CE,</i>	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL <i>André RODRIGUES Médico CRM/RN 8031</i>		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL <i>Medicina de Família e Comunidade Dr. Lívia</i>	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE			
ESPECIALISTA 1 <i>VL</i>	HORA:	DATA: <i>01/08/2020</i>	
ESPECIALISTA 2 <i>BNF</i>	HORA:	DATA:	
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:	
DESTINO DO PACIENTE: INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA / / HORA			
SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:			
OBITO: 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 algícas, 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.

*Luis Ferreira de Almeida Neto  
Residente de 4º Ano  
DOD - UFRN  
CRO/RN: 5217*

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



**Observação do Apoio:**

COMUNICA

Conduta VTR

Remoção

**Conduta Equipe de Enfermagem:**

01/02/2019 21:13:09 - COMUNICADOR  
TARM MADALENA : DR. ANDRE IRÁ RECEBER PACIENTE

REMOCÃO / TRANSPORTE

Aguardando vaga

**Estabelecimento:**

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

**Vaga Negada - Motivo:**

**H. ligação ao serv prop.:**

23:53



P:

Recebido por:

**Número do conselho:**

**Número da ficha de Remoção:**

Vaga Negada

Vaga Zero

**Motivo da entrada:**



Ass:

DEPARTAMENTO

**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](http://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<sup>1</sup> 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 COAF.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Andréa da Cruz Gonçalves

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.640.974 / 06, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Wanderley da Silva Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.347.634 / 74

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ, da Vítima Wanderley da Silva Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.347.634 / 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 à Seguradora Lider-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: <b>RUA FAZENDA NOVA</b>	Número: <b>08</b>	Complemento:
Bairro: <b>CIOPPE DA ESPERANÇA</b>	Cidade: <b>NATAL</b>	Estado: <b>RN</b> CEP: <b>59.070-390</b>
E-mail:	Tel.(DDD): <b>(84)98779-0642</b>	

Local e Data: NATAL 23 DE ABRIL DE 2020

Andréa da Cruz Gonçalves  
Assinatura do Declarante

DLDRIL.001 V001/2017



**ANDRE**

FATURA DE  
**ABR/2019**

VENCIMENTO  
**13/05/2019**

PAGAR (R\$)  
**61,47**

CHEGOU SUA FATURA DA OI.  
CÓDIGO MINHA OI  
Acesso [www.oi.com.br/MinhaOI](http://www.oi.com.br/MinhaOI)

CÓDIGO MINHA OI  
408882624833

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

SERVÍCIOS UTILIZADOS

**QUE TAL**  
FATURA CONSUMO



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



29104574



CTC RECIFE PE PL9  
ANDRE DA CRUZ GONCALVES  
RUA FAZENDA NOVA, 8  
CIDADE DA ESPERANCA  
58070-390 - NATAL - RN





		<h2 style="text-align: center;">PEDIDO DO SEGURO DPVAT</h2>					
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE							
2 - Nº do sinistro ou ASL: <b>017.347.614-74</b>		3 - CPF da vítima: <b>017.347.614-74</b>		4 - Nome completo da vítima: <b>WANDERSON DA SILVA QUÍDIO</b>			
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>							
5 - Nome completo: <b>WANDERSON DA SILVA QUÍDIO</b>				6 - CPF: <b>017.347.614-74</b>			
7 - Profissão: <b>AUTÔNOMO</b>		8 - Endereço: <b>RUA SERTAOZINHO</b>		9 - Número: <b>174</b>		10 - Complemento: <b></b>	
11 - Bairro: <b>POTENGI</b>		12 - Cidade: <b>NATAL</b>		13 - Estado: <b>RN</b>		14 - CEP: <b>59125-340</b>	
15 - E-mail:						16 - Tel (DDD): <b>(31) 9 8799-0632</b>	
<b>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</b>							
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).							
<b>20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:</b>							
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS:</b> <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)							
<input checked="" type="checkbox"/> 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)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____			
AGÊNCIA: <b>2010</b>		CONTA: <b>00178541</b>		AGÊNCIA: _____		CONTA: _____	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora 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 após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.							
<b>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAÚDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>							
<p><input checked="" type="checkbox"/> 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul> <p>Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indecialização 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 automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.</p> <p>Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso surja de seu conteúdo.</p>							
<b>23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b>							
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo				24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar 30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		32 - Se tinha irmãos, informar 33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
34 - Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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.							
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)				38 - 1 <sup>a</sup>   Nome: _____ CPF: _____			
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)						Assinatura da testemunha	
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)				39 - 2 <sup>a</sup>   Nome: _____ CPF: _____			
40 - Local e Data: <b>NATAL 22/04/2020</b>				41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): <b>Wanderson da Silva Quídio</b>		42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): <b>Lider (Assinatura)</b>	
43 - Assinatura do Procurador (se houver)							
FPS.001 V002, 2019							



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

**BOAT 101010**

**1 - LOCAL E DATA**

Local Av. Dr. João N. Alho Bairro REDINHA  
 Cidade/UF NATAL - RN P. Ref. SAIA JATO DO NTLOU  
 Data 05/02/2019 Hora do acidente 20:42 Hora do registro 20:42 Dia da semana Sexta Feira

**2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> - Colisão Frontal              | <input type="checkbox"/> - Colisão Lateral     | <input type="checkbox"/> - Capotamento | <input type="checkbox"/> - Atropelamento  |
| <input checked="" type="checkbox"/> - Colisão Posterior | <input type="checkbox"/> - Colisão Transversal | <input type="checkbox"/> - Choque      | <input type="checkbox"/> - Outro(s) _____ |

**3 - VEÍCULO 01**

Placa ou Chassi OWG-2971 Cidade NATAL UF RN  
 Marca/Mod. HONDA/CB VOLARE Cor BRANCA Ano 2014  
 Proprietário FRANCILAN ALCIDES DE LIMA Nº de Ocupantes 01  
 Condutor JORGE CARLOS DE LIMA Data de Nasc. 39/05/1958  
 Endereço AV. ANTONIO BASIUTTO Nº 129 Fone 98717-9573  
 Bairro QUINTAS Cidade NATAL UF RN  
 CPF N° 143.983.789-04 CNH N° 0241363K54 Validade 07/10/2023 Categoria D  
 Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone \_\_\_\_\_  
 End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

**4 - VEÍCULO 02**

Placa ou Chassi LSJ-4235 Cidade JAB. DAS GUARAPAPES UF PE  
 Marca/Mod. CITROËN PICASSO Cor PRATA Ano 2011 UF PE  
 Proprietário WILSTON RODRIGUES DE SOUZA Nº de Ocupantes 01  
 Condutor FABIANA BEZERRA DOS SANTOS Data de Nasc. 21/01/1981  
 Endereço RUA JOSE CARLOS PINHALHO COSTA Nº 63 Fone 99932-3144  
 Bairro REDINHO Cidade NATAL UF RN  
 CPF N° 034.113.134-20 CNH N° 04424006833 Validade 02/10/2023 Categoria B  
 Local de Trabalho DO MAR Fone \_\_\_\_\_  
 End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

**5 - VEÍCULO 03**

Placa ou Chassi NOD-7621 Cidade S. G. NOSSA SENHORA UF RN  
 Marca/Mod. HONDA/CB 300R Cor AMARELA Ano 2013 UF PE  
 Proprietário LUCIANO MAGALHÃES DA SILVA Nº de Ocupantes 02  
 Condutor WANDERSON JOAQUIM OVIEDO Data de Nasc. 15/02/1993  
 Endereço RUA SERRA DA ARACUATA Nº 174 Fone 98789-8006  
 Bairro POTENGI Cidade NATAL UF RN  
 CPF N° 013.347.614-74 CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
 Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone \_\_\_\_\_  
 End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
 CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 Local de Trabalho \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
 End. \_\_\_\_\_

Autenticação N° do Boletim: 101010 N° da Ocorrência: 923201 Data Registro: 05/02/2019 Hora Registro: 09:00:45 Número/Controle: DF667C03BAFA07CF



#### 7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? AV. DR. JOÃO M. FILHO

Em que sentido? IGARAPÉ / REDINHA

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor ALEGOU QUE ESTAVA PARADO NO TRÂNSITO NA HIDROGENIO QUANDO FOI  
SENTEU O IMPACTO.

Assinatura do Condutor do V1 Fernando Paganini

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? AV. DR. JOÃO M. FILHO

Em que sentido? IGARAPÉ / REDINHA

Em que faixa? ESQUERDA

Versão do condutor ALEGOU QUE TRANSITAVA NORMALMENTE NA VIA C/TRÂNSITO QUANDO FOI  
SUPERADEDO PELO V-3 COLIDIENDO NA TRASEIRA DO SEU VEÍCULO.

Assinatura do Condutor do V2 Fábio Luiz Paganini

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava? AV. DR. JOÃO M. FILHO

Em que sentido? IGARAPÉ / REDINHA

Em que faixa? ESQUERDA

Versão do condutor ALEGOU QUE TRANSITAVA NORMALMENTE NA VIA C/TRÂNSITO QUANDO O V-3 ENTROU  
NELE E TENTOU DESLIGAR, PATEOU O GUIDAO NO V-1 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

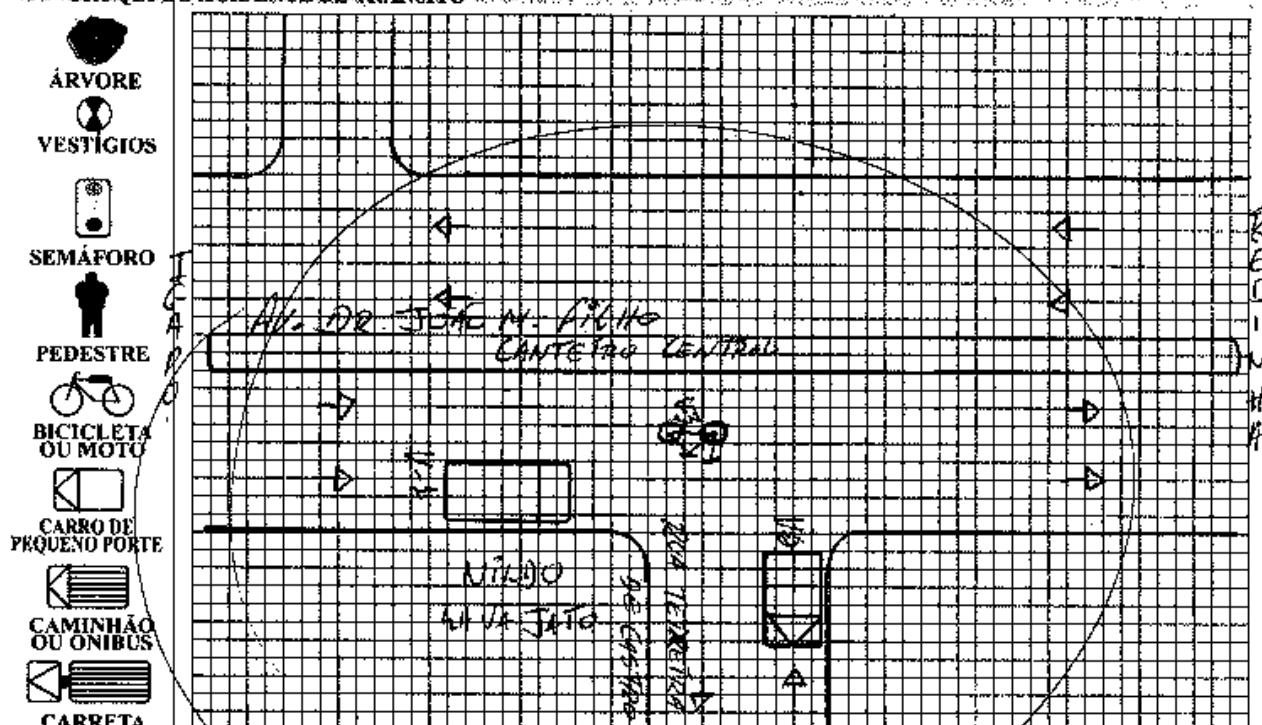


101010

## 8 - CONDIÇÕES DA VIA

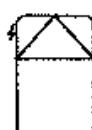
Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecer	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> Anoitecer	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite e/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive 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 Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente			<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlaçada	<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"/>	
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/>	

## 9 - CROQUE DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

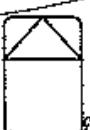


## 10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

## AVARIAS DO VEÍCULO 1

CHAPA LATERAL, DANOS

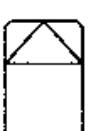
## AVARIAS DO VEÍCULO 2

DARAPAZO FRASSER, PARACHOCHE TANFI  
DO JEEP HATCH, LANTERRA PARTE DA FRENTE DO  
LADO DIREITO E DANOS INTERNOS  
A VERIFICAR.

## AVARIAS DO VEÍCULO 3

FALHA PARALANAS DIANTEIRO PAINEL  
RETROVISORES LAMINA DIREITA PROBLEMA  
DO CANO DE SEGRE, TAMBOR E  
TELESCÓPIO, E DANOS MECÂNICOS 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/Controle: DF667C03BAFA07CF



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

<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080412054245900000055985966>

Número do documento: 20080412054245900000055985966

Vítima condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4  Condutor para: \_\_\_\_\_ Presencioso:  Testemunha  Fale  Registro

**Nome:** FERNANDA REZERVA DOS SANTOS **RG N°:** 1891533 **Órgão Expedidor:** Itep/RN **Data de Nascimento:** 31/10/1981  
**Endereço:** RUA JOSE CARLOS KANALHO COSTA **Nº:** 67 **Fone:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** NATAL **UF:** RN  
**Bairro:** PERNAMBUCO **Versão:** \_\_\_\_\_

**Assinatura** \_\_\_\_\_ **Hora** \_\_\_\_\_

Vítima condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4  Condutor para: H. CLOVIS SARINHO  Presencioso:  Testemunha  Fale  Registro

**Nome:** ARTHUR RONALD MARTINS DA SILVA **RG N°:** 003433509 **Órgão Expedidor:** Itep/RN **Data de Nascimento:** 13/04/1997  
**Endereço:** RUA CARIBA **Nº:** 49 **Fone:** 98817-1976 **Cidade:** NATAL **UF:** RN  
**Bairro:** MANGI/ICJ SANTO ERM **Versão:** \_\_\_\_\_

**Assinatura** \_\_\_\_\_ **Hora** \_\_\_\_\_

Vítima condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4  Condutor para: H. CLOVIS SARINHO  Presencioso:  Testemunha  Fale  Registro

**Nome:** WANDERSON DA SILVA DUARTE **RG N°:** 003187693 **Órgão Expedidor:** Itep/RN **Data de Nascimento:** 15/10/1993  
**Endereço:** RUA SERRA DA ARACUÁ **Nº:** 174 **Fone:** 98789-8006 **Cidade:** NATAL **UF:** RN  
**Bairro:** POTENGI **Versão:** \_\_\_\_\_

**Assinatura** \_\_\_\_\_ **Hora** \_\_\_\_\_

Vítima condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4  Condutor para: \_\_\_\_\_  Presencioso:  Testemunha  Fale  Registro

**Nome:** \_\_\_\_\_ **RG N°:** \_\_\_\_\_ **Órgão Expedidor:** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** / / /  
**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Nº:** \_\_\_\_\_ **Fone:** \_\_\_\_\_  
**Bairro:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_  
**Versão:** \_\_\_\_\_

**Assinatura** \_\_\_\_\_ **Hora** \_\_\_\_\_

**15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO**

**Placa:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_ **Marcas/Modelo:** \_\_\_\_\_  
**Nome:** SAINV NATAL **RG N°:** \_\_\_\_\_ **Órgão Exp.:** \_\_\_\_\_ **Nº:** \_\_\_\_\_  
**Endereço:** \_\_\_\_\_  
**Bairro:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_ **Fone:** \_\_\_\_\_

**16 - IMAGENS/ FOTOS**  SIM  NÃO **AUTUAÇÃO**  SIM  NÃO **ATUALIZADA** **CÓDIGO DE SEGUIMENTO:** 501-00

**17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO**

INFORMO QUE O VEÍCULO V-3 FOI ENTREGUE AO SR. JOSE CARLOS DE SOUZA AG. V3  
 CPF: 498530504 CNH 01526359437 CAT AB ASS. *...frente à S. Flávia*  
 INFORMO QUE O PASSAGEIRO E O CONDUTOR DO V-3 FUI CONQUIADO PELA H. CLOVIS SARINHO  
 PELA SERRA NATAL E A CONDUÇÃO DO V-3 PERMANECER NO LOCAL DA ESTAÇÃO DE CHAMAS E  
 OS FAMILIARES LEVOU A MESMA AO PRATO SOCORRO NOR SINGLAR.  
 TAMBÉM INFORMO QUE O CONDUTOR DE V-3 NÃO TEVE CONDIÇÕES DE ASSUMIR A  
 VERSEZ.

**Nome Completo do Agente:** Carlos Flávia Abreu **Assinatura do Agente de Trânsito:** *Carlo Flávia Abreu*  
**POSTO/GRAD:** 3: SGT PM N° 86411 Viatura DRE-107 **Subsídi:** 1: DRE  
**Local e Data:** NATAL . 01 de FEVEREIRO de 2019.

Padrão N° do Boletim: 101010 N° da Ocorrência: 923201 Data Registro: 05/02/2019 Hora Registro: 09:00:45 Número/Controle: DP067C03BAFA07CF



		<h2 style="text-align: center;">PEDIDO DO SEGURO DPVAT</h2>					
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE							
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: <b>017.347.614-74</b>		4 - Nome completo da vítima: <b>WANDERSON DA SILVA QUIDIO</b>			
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>							
5 - Nome completo: <b>WANDERSON DA SILVA QUIDIO</b> 6 - CPF: <b>017.347.614-74</b> 7 - Profissão: <b>Autônomo</b> 8 - Endereço: <b>RUA SERTAOZINHO</b> 9 - Número: <b>174</b> 10 - Complemento: 11 - Bairro: <b>POTENGI</b> 12 - Cidade: <b>NATAL</b> 13 - Estado: <b>RN</b> 14 - CEP: <b>59125-340</b> 15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): <b>(31) 9 8799-0632</b>							
<b>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</b>							
17 - Nome completo do Representante Legal:				18 - CPF 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:							
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS:</b> <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)							
<input checked="" type="checkbox"/> 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)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____			
AGÊNCIA: <b>2010</b>		CONTA: <b>00178541</b>		AGÊNCIA: _____		CONTA: _____	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora 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 após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.							
<b>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAÚDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>							
<p><input checked="" type="checkbox"/> 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul> <p>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 automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.</p> <p>Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso surja o seu conteúdo.</p>							
<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b>							
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo				24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos?		29 - Se tinha filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		30 - Vítima deixou herdeiro (herdeiros)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		30 - Vítima deixou herdeiro (herdeiros)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		30 - Vítima deixou herdeiro (herdeiros)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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.							
<b>34</b> 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)  36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)  37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)							
40 - Local e Data: <b>Natal 22/04/2020</b> 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <b>Wanderson da Silva Quidio</b>							
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) <b>FPS.001 V002, 2019</b>							
43 - Assinatura do Procurador (se houver) <b>Lider (Ass. Fernanda)</b>							



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 indemnização

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 indica o quanto a perda funcional ou anatômica avançada, é o aplicado sobre 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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 n° 15723336



B322 00258/00260 - carta 01 - INV/AL IDEZ



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 04/08/2020 12:05:42  
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008041205424590000055985966>  
Número do documento: 2008041205424590000055985966

Núm. 58303737 - Pág. 20

# 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



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

Num. 58303737 - Pág. 21

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309353/19

**Vítima:** WANDERSON DA SILVA OVIDIO

**CPF:** 017.347.614-74

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/02/2019

**Titular do CPF:** WANDERSON DA SILVA OVIDIO

**Seguradora:** INVESTITPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### 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](http://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



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

Num. 58303737 - Pág. 22



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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



00020262

Carta nº 14769100



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

Num. 58303737 - Pág. 23



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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 n° 14927126



Pag 00989/00990 - Carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 04/08/2020 12:05:42  
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080412054245900000055985966>  
Número do documento: 20080412054245900000055985966

Núm. 58303737 - Pág. 24

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121818/20

**Vítima:** WANDERSON DA SILVA OVIDIO

**CPF:** 017.347.614-74

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/02/2019

**Titular do CPF:** WANDERSON DA SILVA OVIDIO

**Seguradora:** INVESTITPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### 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](http://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. Suely Fernandes Ribeiro de Sousa  
OAB/RN 17.267  
Dra. Geanara Andrade de Lima  
OAB/RN 16.005  
Dra. Maria Amélia Dias Ikeda  
OAB/RN 8.679

### INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Sr(a) Wanderson da Silva Átilio, brasileiro(a),  
estado civil Solteiro, profissão autônomo, portador(a) do RG, nº 203 187 693-  
SSP/RN e CPF de nº: 017 347 614-74 residente e domiciliado na  
R: Santozinha, nº 174 Bairro Potengi - Município de  
Natal RN, CEP: 59125 140, com telefone para contato: (84)  
987.81-8006; 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 Átilio ocorrido em 01/02/2019, 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 Átilio  
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 sequelas

**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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



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

Num. 58303737 - Pág. 27

# 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



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. 1

## 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



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. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 QVIDIG

SENIOR(a), WANDERSON DA SIEVA OVIBIO

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



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 04/08/2020 12:05:43  
<https://pjef.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008041205429830000055985967>  
Número do documento: 2008041205429830000055985967

Núm. 58303738 - Pág. 3

**Recibo**

Nº	R\$
	3'000,00

Receb \_0\_ do(s) Sr.(s) Wonderson da Silva Chidio  
Endereço \_\_\_\_\_

a importância supra de R\$ Três mil reais.

referente Testamento Odontológico  
(Dr. implantes Dentários)

pelo que para maior clareza fico

o presente,

EMITENTE	OBSERVAÇÕES
Rio Branco, 564, 2º Andar. ENGENHEIRO Centro - Natal/RN	(84) 9 9903-6595
CNPJ/CPF/REG 323186922-00	Dr. Marcelo Oliveira
LOCAL E DATA Natal 08.07.2019	ASINATURA: MURCIAO DENTISTA CRO-RN 4935

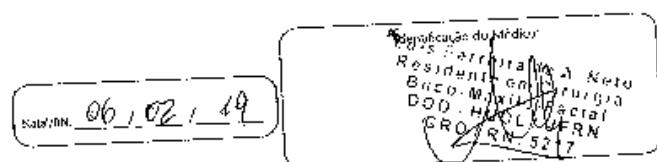


Serão: 06/02/19.

SBTR: 11/02/19.

último: 06/02.

L.O: 07/02 + MDT.



Av. Nilo Peçanha, 620, Petrópolis | Cep 59.012-300, Natal/RN  
+55 (84) 3342-5000 | [www.hcnr.ebserh.gov.br](http://www.hcnr.ebserh.gov.br)





Departamento de Odontologia - CCS/UFRN

3275-4120  
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: Wanderley de Souza Andrade  
PACIENTE: Edson

#### 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

Dir  
 Molares  
 Esq

Dir  
 Prémolares  
 Esq

##### RADIOGRAFIA OCCLUSAL

Maxila Parcial Direita  
 Maxila Total  
 Maxila Parcial Esquerda

Mandíbula Parcial Direita  
 Mandíbula Total  
 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

Hertz  
 Towne  
 OPN  
 ATM (boca aberta e fechada)  
 Outra: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES (Justificativa/indicação clínica): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
José Wilson de Macedo Santos  
E-MAIL da Disciplina: [jwms@ccs.ufrn.br](mailto:jwms@ccs.ufrn.br)  
Aluno: \_\_\_\_\_ Data: 21/02/19  
Professor: \_\_\_\_\_ (Assinatura e Carimbo)



 <p><b>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE</b>          Secretaria de Estado da Saúde Pública          Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel          Pronto Socorro Clóvis Sarinho</p>	<b>RECEITUÁRIO</b>
NOME <i>Wenderson da Cunha Oliveira.</i>	

7

*ao orelha*

*O Víctima Cônico : ate  
 Pingo de gote de 9/4h no  
 olho direito por Zona.*

*Dr. Andréia Braga da Silveira  
 Odontologista  
 CRM-RN 4652*

DATA 08/02/19

ASSINATURA 

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

**RESPEITE O PEDESTRE.  
 COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.**

**PILOTE SEMPRE COM CAPACETES.**

Missão: Olárcer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agudos de causas extremas, 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

Wanderley de Sá Silveira Dantas

Ajo lanche le gosto

Paciente com pretrusos em + cel necessitante de cirurgia de exodontia  
genal.

Selvato avalia e preverá condic le gto

Assinatura de Mário de Melo Góes  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Odontologia  
Faculdade de Odontologia  
UFRN - 55985967

Mês 11/2019



 <p>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE          Secretaria de Estado da Saúde Pública          Hospital Monsenhor Walfrido Ourgel          Pronto Socorro Clóvis Sarinho</p>	<b>RECEITUÁRIO</b>
NOME <u>Wenderson dos Sinos Quivira</u>	

As Comodidades

Socorro Aviso arrivado.  
 Poxava seu aviso de  
 Monopólio e Tocantins  
 Subiu o voo com SOS  
 Anestesia Geral.

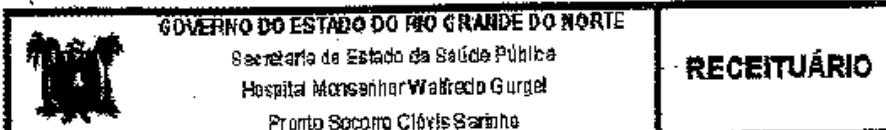
DATA <u>01 / 02 / 19</u>	<small>                     Unidade de Emergência                      Residência Universitária                      HACO - Hospital de Campanha                      DOB - Hospital de Campanha                      CRO - Hospital de Campanha                 </small>
ASINATURA	

SE POR DIRIGIR NÃO DEBA:  
 FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE.  
 PILOTE 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, crônicas, agudas de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em ambiente à luz dos valores éticos e humanitários.





NAME Wenderley Souza Araújo.

Uso intenso (uso com)

① Isopropano Gasog. \_\_\_\_\_ 000

Turm 01 emp. 00 08/08 Uros por

05 dias.

② Lisdrona Soduz \_\_\_\_\_ 000

Turm 01 emp. 00 06/08 Uros por

05 dias.

Uso extremo

③ Penicilina 0,120<sup>0</sup> \_\_\_\_\_ 01/08/20

Bactericida 1ml 04 vezas ao dia por

IA. 006.

DATA 01 / 02 / 19

J. J. Ferreira da R. N.  
Residente em  
Belo-Maxílio L.  
DOD. HUOL.  
CROIBN. 5

ASSINATURA

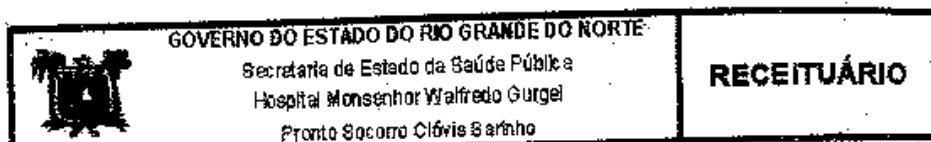
SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA.  
FUMAR É PREJUDICIAL A SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE

COMBATE O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

PELOTE SEMPRE COM CAPACETE

Médico: Dr. Walfrido, no âmbito hospitalar, realizando a ação para crianças e adultos em situação de emergência: oftálmica, cirúrgica, urológica e ginecologista, obstétrica, intensidade clínica, de acordo com as melhores opções terapêuticas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz das melhores técnicas e know-how.



NOME (lemonerson da sara ouíro)

Uso interno (uso com)

① Cevuvor 875 mg - 016  
Tom 01 esp 008108 Vivas pur

15/08/09

Luis Ferreira  
Residente de 4º Ano  
BUCO-MAXILAR  
DOD - HU/UFN  
CRM-UFRN  
Assinatura

DATA 01 / 02 / 19

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

RESPEITE O PEDESTRE.

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

PILOTE SEMPRE COM CAPACETE.

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



**HEMOLAB**  
Av. Napoleão, 920 - Iateviço - Negrão RN - (84) 3616-5200

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



**Cliente: 1398-11 - WANDERSON DA SILVA OVIDIO**  
Nascimento: 15/02/1992  
Médico: 5217 - RN LUIS FERREIRA DE A NETO

Pedido: 4248-11 POSTO H11  
Atend.: 07/02/2019 08:12 Ref.: 11015  
Convênio: PART.CONV

**EXAMES SOLICITADOS: (3)**

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

Previsão	Material	Honorário
08/02/2019 16:00		R\$ 0,00
08/02/2019 16:00		R\$ 0,00
08/02/2019 16:00		R\$ 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: 26538705265 - USE SEU CPF COMO SENHA  
[www.hemolabrn.com](http://www.hemolabrn.com)

FM - FALTA MATERIAL RC - DOLHOS NA RECEPÇÃO CL - DOLHOS PELA CUENTA

SoftLab®



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

**HUOL**

Hospital Universitário  
Onofre Lopes

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPEZ**

**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

Dr. Wanderson da Silva Ovidio  
CRM-RN 10.000  
CNPJ 23.320.111/0001-10

Carimbo e Assinatura do Médico





Hospital Universitário  
Onofre Lopes

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPEZ

**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 Vitor de Melo Soárez  
Cirurgião-Dentista  
Médico Dentista-Ortodontista  
D.O.M.D.E.U - UFRN  
odontologo.com.br

Carimbo e Assinatura do Médico





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



**SAMU  
192**

**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.

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

Rua Potiguaras, 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: 242802/2

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  
JOAO PAULO TORRES DE QUEIROZ - TECNICO 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: -5.7517838 Longitude: -35.2343687

Endereço: AVENIDA DOUTOR JOÃO MEDEIROS FILHO

Nº: VP

Bairro: REDINHA

Outro Bairro:

Referência/Complemento: NITERÓI // SENTIDO IGAPÓ - REDINHA // APOS CAJU SOCYTE // EM FRENTE AO EXPANSIVO //

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISÃO CARRO X MOTO

Quem Solicitou: Transiente

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: TRAJMA / 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

PRÉORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÉNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apóio:

HORÁRIOS DE 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 N° 6372 /2019  
Admissão: 01/02/2019 21:41:25

CIRURGIA GERAL - AMARELO

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

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

CNS: CPF: 01734761474

Prof:

Mãe: VERA LUCIA DA SILVA

Pai:

Logradouro: SERTAOZINHO, 174

CEP: 59125140 Bairro: PÓTENGI

Cidade: NATAL

Telefone: 84 988731827

Compl:

Sexo: M Cor: PARDA

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: \_\_\_\_\_

*Acidente de moto*

TOMOGRAFIA/HMWG

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

Técnico: JKL GEORGE

Exame: Encefalograma

Médico: Dr. NOBRE

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)	
A	Vias aéreas livres, sem cervicalgia
B	Olhos intactos
C	Pulso cheio FC: 70 130 + 80
D	Plorar 15 l
E	Trauma de face; hérni contorcida

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

BOLETIM FATURADO  
EM: 01/02/19

\*Saída: \_\_\_\_\_

R  
Realizado em: 01/02/19 23:30  
Técnico:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

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



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=2008041205429830000055985967>

Número do documento: 2008041205429830000055985967



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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome:

Wanderley da Silva Durichio Idade 26 N° Reg.

Serviço:

Ctamb.

Enfº Bláthia Leito:

AO SERVIÇO Oftalmologia

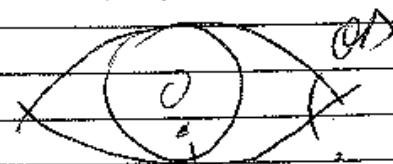
MOTIVO DA CONSULTA - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Paciente vítima de acidente de moto neste mês de seta-jeiro com colisão contra carro. Estava de capacete e relata impacto do que coube contra vidro traseiro do carro. Segundo paciente tem mancha bruta e complexo orbito-izogométrico que reage agudamente. Se quiser dizer que amassa e pega o olho". No exame óptico apresenta aumento de volume em parte interna do globo superior à OD, na porção medial. Sobre o qual é avaliado pela equipe de oftalmologia se possível caso esteja.

Natal 02 de Fevereiro de 2019

José Walter de Macedo Soárez  
Oftalmologista  
E-mail: jwsoarez@uol.com.br  
CPF: 11.111.111-11  
CRM: 11111  
Médico que solicita o parecer

PARECER

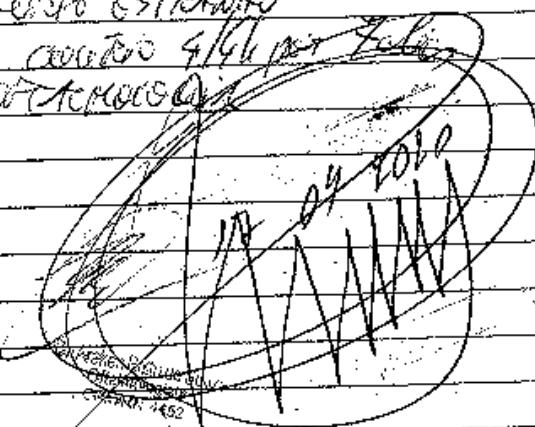


CORPO ESTANHO (FRAGMENTO DE VIDRO)

CD/CD RETIRO CORPO ESTANHO

3 CICLOS ANTES 4/4/2019

3 HORA DA ORTOMOSE



Em 02 de Fevereiro de 2019

Médico que emite o parecer



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:	
ANAMNESE	<p><i>Nh</i></p> <p>Grau de mao 5/ perda de consciencia Pele seca - e edema</p>
EXAME FÍSICO	<p>B66, 615 PIFR 5/ deles Estom mole muitos hematomas em face</p>
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	<p>PCH-ec</p>
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	<p>TC de crânio cervical. Sav. exames de lesões articulares</p>
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
OUTROS	
CONDUÇA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	
<p>Atto de NC claudicante</p> <p>Sp + Dr. Cláudio</p>	
<p>PAULO ADONOVREDO MÉDICO CRM/RN 8031</p>	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM.	
<p><i>CONFIRA</i></p> <p><i>DATA: 04/09/2020</i></p>	
<p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p>	
<p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p>	

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA (GLASSOW)	
Abertura Ocular (AO)	4
Quando se acorda com estímulos visuais, fono condutivos ou de pressão da mão passando adormecidos	3
Otros se acorda com estímulos visuais, fono condutivos ou de pressão da mão passando adormecidos	2
Otros se acorda por apelido doloroso	1
Otros não se acorda	0
Melhor resposta verbal (MRV)	
Abre os olhos e responde a perguntas simples, depois dorme, pode se acordar com estímulos visuais, fono condutivos ou de pressão da mão	5
Consegue responder às perguntas corretamente, mas não consegue descrever o que sente ou vê	4
Reage com dor (faz expressões, move olhos, braços, pernas)	3
Reage com dor (faz expressões, move olhos, braços, pernas)	2
Responde à dor (desvenda com articular palpável)	1
Assentir	0
Melhor resposta motora (MMR)	
Obedece a ordens simples, é capaz de agir quando lhe é ordenado	5
Locação palpebral	4
Reação intencional de dor	3
Padrão Quasi à dor (desconforto)	2
Padrão reflexo da dor (flexor refleto)	1
Responde à dor	0

ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
31-150	=4
0-110	=3
11-50	=2
>50	=1
0	=0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	
10-20	=4
20-30	=3
1-10	=2
0	=1
PRESSÃO ARTERIAL SISTOLICA	
100-140	=3
50-90	=2
1-40	=1
0	=0

CLASSIFICAÇÃO DO TOC (YLS 2005)			
0-3	Desgaste (necessidade de substituição imediata)	0-3	Pronto-socorro
4-5	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	4-5	4-5
6-7	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	6-7	6-7
8-9	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	8-9	8-9
10-12	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	10-12	10-12
13-15	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	13-15	13-15
16-18	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	16-18	16-18
19-21	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	19-21	19-21
22-24	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	22-24	22-24
25-27	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	25-27	25-27
28-30	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	28-30	28-30
31-33	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	31-33	31-33
34-36	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	34-36	34-36
37-39	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	37-39	37-39
40-42	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	40-42	40-42
43-45	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	43-45	43-45
46-48	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	46-48	46-48
49-51	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	49-51	49-51
52-54	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	52-54	52-54
55-57	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	55-57	55-57
58-60	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	58-60	58-60
61-63	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	61-63	61-63
64-66	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	64-66	64-66
67-69	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	67-69	67-69
70-72	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	70-72	70-72
73-75	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	73-75	73-75
76-78	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	76-78	76-78
79-81	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	79-81	79-81
82-84	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	82-84	82-84
85-87	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	85-87	85-87
88-90	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	88-90	88-90
91-93	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	91-93	91-93
94-96	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	94-96	94-96
97-99	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	97-99	97-99
100-102	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	100-102	100-102
103-105	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	103-105	103-105
106-108	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	106-108	106-108
109-111	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	109-111	109-111
112-114	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	112-114	112-114
115-117	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	115-117	115-117
118-120	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	118-120	118-120
121-123	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	121-123	121-123
124-126	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	124-126	124-126
127-129	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	127-129	127-129
130-132	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	130-132	130-132
133-135	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	133-135	133-135
136-138	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	136-138	136-138
139-141	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	139-141	139-141
142-144	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	142-144	142-144
145-147	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	145-147	145-147
148-150	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	148-150	148-150
151-153	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	151-153	151-153
154-156	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	154-156	154-156
157-159	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	157-159	157-159
160-162	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	160-162	160-162
163-165	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	163-165	163-165
166-168	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	166-168	166-168
169-171	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	169-171	169-171
172-174	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	172-174	172-174
175-177	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	175-177	175-177
178-180	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	178-180	178-180
181-183	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	181-183	181-183
184-186	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	184-186	184-186
187-189	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	187-189	187-189
190-192	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	190-192	190-192
193-195	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	193-195	193-195
196-198	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	196-198	196-198
199-201	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	199-201	199-201
202-204	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	202-204	202-204
205-207	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	205-207	205-207
208-210	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	208-210	208-210
211-213	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	211-213	211-213
214-216	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	214-216	214-216
217-219	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	217-219	217-219
220-222	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	220-222	220-222
223-225	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	223-225	223-225
226-228	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	226-228	226-228
229-231	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	229-231	229-231
232-234	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	232-234	232-234
235-237	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	235-237	235-237
238-240	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	238-240	238-240
241-243	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	241-243	241-243
244-246	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	244-246	244-246
247-249	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	247-249	247-249
250-252	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	250-252	250-252
253-255	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	253-255	253-255
256-258	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	256-258	256-258
259-261	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	259-261	259-261
262-264	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	262-264	262-264
265-267	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	265-267	265-267
268-270	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	268-270	268-270
271-273	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	271-273	271-273
274-276	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	274-276	274-276
277-279	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	277-279	277-279
280-282	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	280-282	280-282
283-285	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	283-285	283-285
286-288	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	286-288	286-288
289-291	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	289-291	289-291
292-294	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	292-294	292-294
295-297	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	295-297	295-297
298-300	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	298-300	298-300
301-303	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	301-303	301-303
304-306	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	304-306	304-306
307-309	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	307-309	307-309
310-312	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	310-312	310-312
313-315	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	313-315	313-315
316-318	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	316-318	316-318
319-321	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	319-321	319-321
322-324	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	322-324	322-324
325-327	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	325-327	325-327
328-330	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	328-330	328-330
331-333	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	331-333	331-333
334-336	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	334-336	334-336
337-339	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	337-339	337-339
340-342	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	340-342	340-342
343-345	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	343-345	343-345
346-348	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	346-348	346-348
349-351	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	349-351	349-351
352-354	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	352-354	352-354
355-357	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	355-357	355-357
358-360	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	358-360	358-360
361-363	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	361-363	361-363
364-366	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	364-366	364-366
367-369	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	367-369	367-369
370-372	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	370-372	370-372
373-375	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	373-375	373-375
376-378	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	376-378	376-378
379-381	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	379-381	379-381
382-384	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	382-384	382-384
385-387	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	385-387	385-387
388-390	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	388-390	388-390
391-393	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	391-393	391-393
394-396	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	394-396	394-396
397-399	Assessamento e consulta em hospital de emergência. A pronta socorro, Lacerd	397-399	397-399

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)			
<b>EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)</b>	<b>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</b>		
R <sup>x</sup> de torax; febre.			
<b>OUTROS</b>			
<b>CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS</b>	<b>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM</b>		
Otorrino 2 amig 2. CARM 1000 ml. Nada d'água. OX 100% F.			
Tremor 600g - onip + tce w/ n SFG 6V 22/25	<b>EF</b> anamnese geral Rax de Torax : sem bôcio PNTx : Sem evitoxicose OJO : J) agua. d/o. CE,		
<i>André Rodolpho Médico CRM/RN 8031</i>	<i>Medicina 2020 Assinatura e Carimbo do Responsável</i>		
<b>ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL</b>	<b>ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL</b>		
<b>ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE</b>			
<b>ESPECIALISTA 1</b>	<i>VC</i>	HORA:	DATA:
<b>ESPECIALISTA 2</b>	<i>BNF</i>	HORA:	DATA:
<b>ESPECIALISTA 3</b>		HORA:	DATA:
<b>DESTINO DO PACIENTE:</b> <b>INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:</b> DATA / / HORA / / / / <b>SAÍDA:</b> ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA: <b>OBITO:</b> DATA / / HORA			
<b>ENTREGUE À FAMÍLIA</b> ( ) 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 algícas, 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.

*Luis Ferreira de Almeida Neto  
Residência de  
DOD - UFRN  
CRO/RN: 5217*

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



**Observação do Apoio:**

COMUNICA

Conduta VTR

Remoção

**Conduta Equipe de Enfermagem:**

01/02/2019 21:13:09 - COMUNICADOR  
TARM MADALENA : DR. ANDRE IRÁ RECEBER PACIENTE

REMOCÃO / TRANSPORTE

Aguardando vaga

**Estabelecimento:**

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

**Vaga Negada - Motivo:**

**H. ligação ao serv prop.:**

23:53



P:

Recebido por:

**Número do conselho:**

**Número da ficha de Remoção:**

Vaga Negada

Vaga Zero

**Motivo da entrada:**



Ass:

DEPARTAMENTO

**Nome receptor:**

**Cargo receptor:**

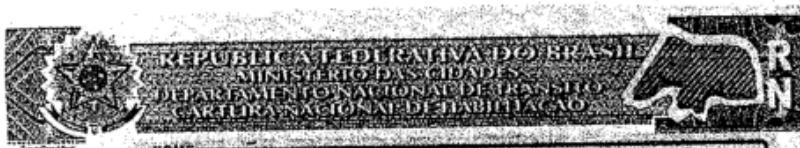
**Descrição dos pertences:**

**Local deixado pertences:**

**Data:**

Ass:





ROME

ANDRE DA CRUZ GONCALVES

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
002324034 SSP RNCPF  
016.640.974-06 DATA NASCIMENTO  
06/11/1985

FILIAÇÃO

ALDENOR DO NASCIMENTO  
GONCALVES  
ADELAIDE MARIA CRUZ  
GONCALVESPERMISSÃO  
ACC CAT. HAB  
ABNº REGISTRO  
05981327794 VALIDADE  
07/02/2023 1ª HABILITAÇÃO  
22/01/2014VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1563452267

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
NATAL, RN DATA EMISSÃO  
08/02/2018Luiz Eddardo Machado Pereira 48088414055  
Diretor Geral Detran/RN RN702781446  
ASSINATURA DO EMISSOR

RIO GRANDE DO NORTE

PROIBIDO PLASTIFICAR

1563452267



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 04/08/2020 12:05:43  
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080412054298300000055985967>  
Número do documento: 20080412054298300000055985967

Num. 58303738 - Pág. 23



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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.

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  
PÓLICIA MILITAR  
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

**BOAT 101010**

**1 - LOCAL E DATA**

Local Av. Dr. João N. Alho Bairro REDINHA  
 Cidade/NF NATAL - RN P. Ref. SAIA JATO DO NTLOU  
 Data 05/02/2019 Hora do acidente 20:42 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. HONDA/CB VOLARE Cor BRANCA Ano 2014  
 Proprietário FRANCILAN ALCIDES DE LIMA Nº de Ocupantes 01  
 Condutor JORGE CARLOS DE LIMA Data de Nasc. 39/05/1958  
 Endereço AV. ANTONIO BASIUTO Nº 129 Fone 98717-9577  
 Bairro QUINTAS Cidade NATAL UF RN  
 CPF N° 143.983.789-04 CNH N° 0241363K54 Validade 07/10/2023 Categoria D  
 Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone \_\_\_\_\_  
 End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

**4 - VEÍCULO 02**

Placa ou Chassi LSJ-4235 Cidade JAB. DAS GUARAPAPES UF PE  
 Marca/Mod. CITROËN PICASSO Cor PRATA Ano 2011 UF PE  
 Proprietário WILSTON RODRIGUES DE SOUZA Nº de Ocupantes 01  
 Condutor FABIANA BEZERRA DOS SANTOS Data de Nasc. 21/01/1981  
 Endereço RUA JOSE CARLOS PINHALHO COSTA Nº 63 Fone 99932-3144  
 Bairro REDINHO Cidade NATAL UF RN  
 CPF N° 034.113.134-20 CNH N° 04424006833 Validade 02/10/2023 Categoria B  
 Local de Trabalho DO MAR Fone \_\_\_\_\_  
 End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

**5 - VEÍCULO 03**

Placa ou Chassi NOD-7621 Cidade S. G. NOSSA SENHORA UF RN  
 Marca/Mod. HONDA/CB 300R Cor AMARELA Ano 2013 UF RN  
 Proprietário LUCIANO MAGALHÃES DA SILVA Nº de Ocupantes 02  
 Condutor WANDERSON JOAQUIM OVIEDO Data de Nasc. 15/02/1993  
 Endereço RUA SERRA DA ARACUATA Nº 174 Fone 98789-8006  
 Bairro POTENGI Cidade NATAL UF RN  
 CPF N° 013.347.614-74 CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
 Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone \_\_\_\_\_  
 End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
 CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 Local de Trabalho \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
 End. \_\_\_\_\_

Autenticação N° do Boletim: 101010 N° da Ocorrência: 923201 Data Registro: 05/02/2019 Hora Registro: 09:00:45 Número/Controle: DF667C03BAFA07CF



#### 7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? AV. DR. JOÃO M. FILHO

Em que sentido? IGARAPÉ / REDINHA

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor ALEGOU QUE ESTAVA PARADO NO TRÂNSITO NA HIDROGENIO QUANDO FOI  
SENTEU O IMPACTO.

Assinatura do Condutor do V1 Fernando Paganini

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? AV. DR. JOÃO M. FILHO

Em que sentido? IGARAPÉ / REDINHA

Em que faixa? ESQUERDA

Versão do condutor ALEGOU QUE TRANSITAVA NORMALMENTE NA VIA C/TRÂNSITO QUANDO FOI  
SUPERADEDO PELO V-3 COLIDIENDO NA TRASEIRA DO SEU VEÍCULO.

Assinatura do Condutor do V2 Fábio Luiz Paganini

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava? AV. DR. JOÃO M. FILHO

Em que sentido? IGARAPÉ / REDINHA

Em que faixa? ESQUERDA

Versão do condutor ALEGOU QUE TRANSITAVA NORMALMENTE NA VIA C/TRÂNSITO QUANDO O V-3 ENTROU  
NELE E TENTOU DESLIGAR, PATEOU O GUIDAO NO V-1 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

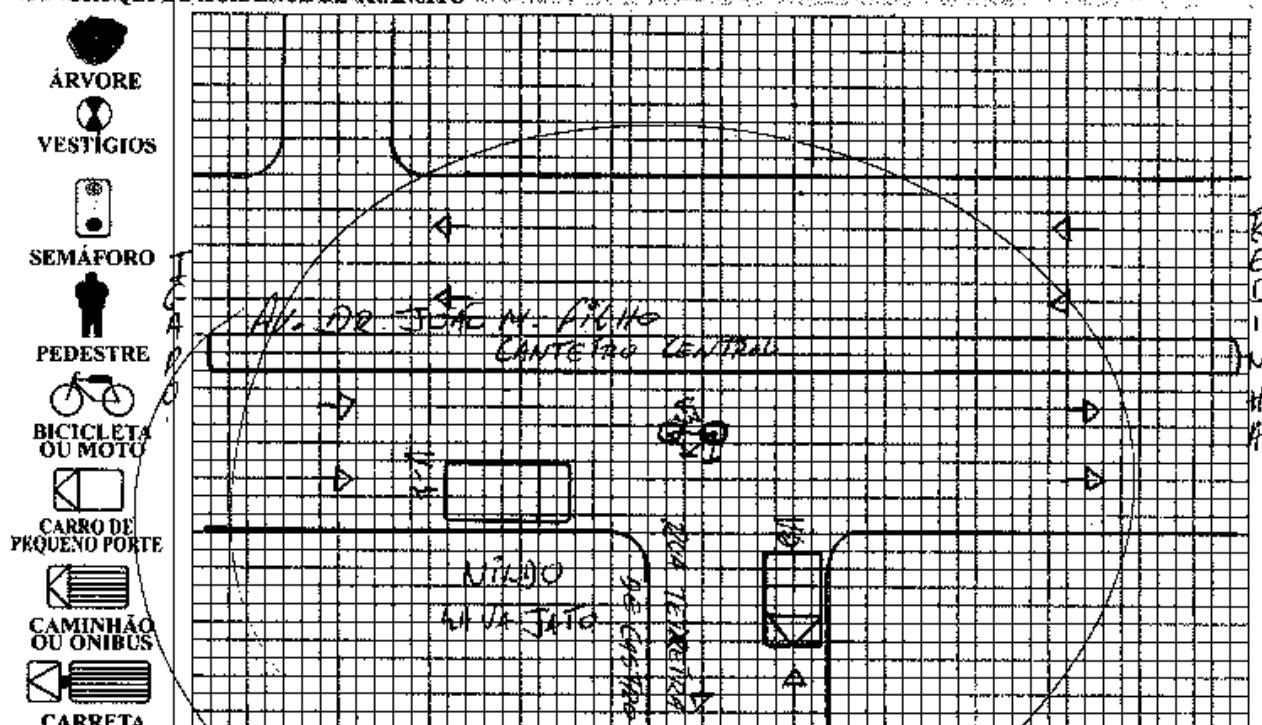
Autenticação Nº do Boletim: 101010 Nº da Ocorrência: 923201 Data Registro: 05/02/2019 Hora Registro: 09:00:45 Número/Controle: DF667C03BAFA07CF

101010

## 8 - CONDIÇÕES DA VIA

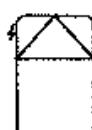
Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecer	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> Anoitecer	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite e/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive 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"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlaçada	<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"/>	
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/>	

## 9 - CROQUE DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

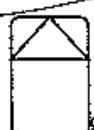


## 10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

## AVARIAS DO VEÍCULO 1

CHAPA LATERAL, DANOS

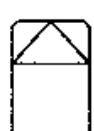
## AVARIAS DO VEÍCULO 2

DARAPAZO FRASSER, PARABRISAS, TANFI  
DO JEEP HATCH, LANTERRA, PARTE DA PORTA DO  
LADO DIREITO E DANOS INTERNOS  
A VERIFICAR.

## AVARIAS DO VEÍCULO 3

FALHA PARALANAS DIANTEIRO PAINEL  
RETROVISORES LAMINA DIREITA PROBLEMA  
DO CANO DE SEGRE, TAMBOR E  
TELESCÓPIO, E DANOS MECÂNICOS 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/Controle: DF667C03BAFA07CF



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

<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008041205429830000055985967>

Número do documento: 2008041205429830000055985967

Vítima condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4  Condutor para: \_\_\_\_\_  Testemunha  
 Presencioso:  Fale  Registro

Nome: MARINA REZERA DOS SANTOS  
 RG N°: 1891533 Órgão Expedidor: ITEP/RN Data de Nascimento: 31/10/1981  
 Endereço: RUA JOSE CARLOS KANALHO COSTA Nº: 67 Fone: \_\_\_\_\_  
 Bairro: PENITENTIA Cidade: NATAL UF: RN  
 Versão: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Vítima condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4  Condutor para: H. LUCAS SARINHO  Testemunha  
 Presencioso:  Fale  Registro

Nome: ARTHUR RONALD MARTINS DA SILVA  
 RG N°: 003433509 Órgão Expedidor: ITEP/RN Data de Nascimento: 13/04/1997  
 Endereço: RUA CARIBA Nº: 43 Fone: 98817-1976  
 Bairro: POTENGI/CJ SANTO ERM Cidade: NATAL UF: RN  
 Versão: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Vítima condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4  Condutor para: H. LUCAS SARINHO  Testemunha  
 Presencioso:  Fale  Registro

Nome: WANDERSON DA SILVA DUVIO  
 RG N°: 003187693 Órgão Expedidor: ITEP/RN Data de Nascimento: 15/10/1993  
 Endereço: RUA SERRA DA ARACUÁ Nº: 174 Fone: 98789-8006  
 Bairro: POTENGI Cidade: NATAL UF: RN  
 Versão: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Vítima condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4  Condutor para: \_\_\_\_\_  Testemunha  
 Presencioso:  Fale  Registro

Nome: \_\_\_\_\_ RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: / / /  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Versão: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

**15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO**  
 Placa: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Marca/Modelo: \_\_\_\_\_  
 Nome: SAINV NATAL RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Exp.: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

**16 - IMAGENS/ FOTOS**  SIM  NÃO AUTUAÇÃO  SIM  NÃO AUT. N°: 101010 COD/DES: 501-0

**17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO**  
 INFORMO QUE O VEÍCULO V-3 FOI ENTREGUE AO SR. JOSE CARLOS DE SOUZA AG. VTS  
 CPF: 498530504 CNH 01526359437 CAT AB ASS. ...lente e 5 filhos  
 INFORMO QUE O PASSAGEIRO E O CONDUTOR DO V-3 FUI CONQUIADO PELA H. LUCAS SARINHO  
 PELA SERRA NATAL E A CONDUÇÃO DO V-3 PERMANECER NO LOCAL DA ESTADUA E  
 OS FAMILIARES LEVOU A MESMA AO PRATO SOCORRO NOR SINGEETTA.  
 TAMBÉM INFORMO QUE O CONDUTOR DE V-3 NÃO TEVE CONDIÇÕES DE ASSUMIR A  
 VERSEZ.

Nome Completo do Agente: Carlos Flora Abreu  
 POSTO/GRAD.: 3º SGT PM N° 86411 Viatura: DRE-107 Subsídi.: 1-DRE  
 Local e Data: NATAL . 01 de FEVEREIRO de 2019. Assinatura do Agente de Trânsito: Flora  
 Padrão N° do Boletim: 101010 N° da Ocorrência: 923201 Data Registro: 05/02/2019 Hora Registro: 09:00:45 Número/Controle: DP067C03BAFA07CF

