
Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190032626

Vítima: FABRICIO CLEMENTINO DE SOUZA

Data do Acidente: 12/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABRICIO CLEMENTINO DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190032626

Vítima: FABRICIO CLEMENTINO DE SOUZA

Data do Acidente: 12/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FABRICIO CLEMENTINO DE SOUZA

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

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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



Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190032626

Vítima: FABRICIO CLEMENTINO DE SOUZA

Data do Acidente: 12/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABRICIO CLEMENTINO DE SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: FABRICIO CLEMENTINO DE SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000002114-8

Conta: 0000059002-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 084.657.684-80 Nome completo da vítima: Fabrisio Clementino de Souza

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

Nome completo: Fabrisio Clementino de Souza CPF: 084.657.684-80

Profissão: recusou Endereço: Rua Argentina Número: 3 AB Complemento: _____

Bairro: Paragem de avião Cidade: Paranissin Estado: EN CEP: 59245-050

E-mail: _____ Tel (DDD): (84) 99806-3910

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). (84) 99806-1091

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Paragem de avião, 14/01/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____



(*) Assinatura de quem assina A ROGO

FABRISIO CLEMENTINO DE SOUZA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	084.657.684-80	Fabrizio Clementino de Souza
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Fabrizio Clementino de Souza	084.657.684-80	
Profissão:	Endereço:	Número:
recusou	Rua Argentina	5 AB
Bairro:	Cidade:	Estado:
Paragem de avião	Pampulha	EN
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
dpvrat31@gmail.com	59445-080	(84) 998706-3910
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). (84) 998706-1091		

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:			
☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: Bradesco	
☐ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	21148	590029
		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Natal/EN, 14/01/2019

Nome: FABRIZIO CLEMENTINO DE SOUZA

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

FABRIZIO CLEMENTINO DE SOUZA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, após o preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Ag. Relac.: 02114 - PARNAMIRIM
PACB : 262 - PONTO COM HALL

Agencia : 02114-PARNAMIRIM
Conta : 0000000059002-9
Nome : FABRICIO CLEMENTINO DE
SOUZA
Data : 31/01/2019
Modalidade: 00

Tipo Pessoa: Fisica
Tipo Conta : Conta Corrente

Adesao ao Programa de Beneficios: N

NSU BANCO: 002434221464
HORA : 12:55:59

Sujeito a Confirmacao do Banco

OUIDORIA BRADESCO
0800 727 9933





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 1ª DELEGACIA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM

Endereço: RUA EDGAR DANTAS, 1660, SANTOS REIS, PARNAMIRIM

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018023008501

1.2 Data de Expedição: 06/12/2018 15:40:24

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 12/05/2018 10:56:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: BAIRRO PASSAGEM DE AREIA

2.8 Número: SN

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: PASSAGEM DE AREIA

2.13 Cidade: PARNAMIRIM

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FABRICIO CLEMENTINO DE SOUZA

3.2 Estado civil: União Estável

3.3 Nome Social:

3.4 Pai:

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: FRANCISCA NEUMA MEDEIROS DE SOUZA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual: Heterossexual

3.9 CPF:

3.10 Identidade de Gênero: Cisgenero

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 03/02/1999

3.13 Profissão: ESTUDANTE

3.14 RG: 002871151

3.15 Telefone(s):

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 05

3.18 Naturalidade: NATAL - RN

3.19 Bairro: P. DE AREIA

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: R. ARGENTINA

3.23 Cidade: PARNAMIRIM

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS VÍTIMAS)

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: *****00513

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: NOH1000

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: XRE 300

7.1.9 Ano do Modelo: 2011

7.1.10 Ano de Fabricação: 2010

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: MARIA ROSIANI DA SILVA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

INFORMA QUE TRAFEGAVA NO VEÍCULO ACIMA CITADO NO CARONA, CONDUZIDO PELA PESSOA DE KENNEDY CRUZ DA SILVA, NO ENDEREÇO ACIMA, QUANDO FORAM COLIDIDOS POR UM VEÍCULO PALIO DE COR CINZA, DE PLACAS NÃO ANOTADAS, E A VÍTIMA FOI AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELA SAMU, PAR O HOSPITAL WILFREDO GURGEL, COM LESÃO NA PERNA ESQUERDA CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA DE NUMERO 23232/2018, NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 06/12/2018 15:40:24

Policial

Interessado

FABRICIO CLEMENTINO DE SOUZA



Polgar direito

Atendimento: 1525875 - MARCIO ALVES DE FREITAS

Impresso por: 1525875 - MARCIO ALVES DE FREITAS em 06/12/2018 15:40:31

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2018023008501

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 084.657.684-80 Nome completo da vítima: Fabrisio Clementino de Souza

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

Nome completo: Fabrisio Clementino de Souza CPF: 084.657.684-80

Profissão: recusou Endereço: Rua Argentina Número: 3 AB Complemento: _____

Bairro: Paragem de avião Cidade: Paranissin Estado: EN CEP: 59245-050

E-mail: _____ Tel (DDD): (84) 99806-3910

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). (84) 99806-1091

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Paragem de avião, 14/01/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____



(*) Assinatura de quem assina A ROGO

FABRISIO CLEMENTINO DE SOUZA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN



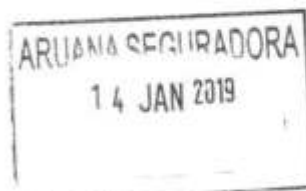
DECLARAÇÃO

/

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que foi encontrado a ocorrência Nº 58781/2 referente ao paciente **FABRICIO CLEMENTINO DE SOUZA** 19 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 12/05/2018 em Parnamirim/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 20 de junho de 2018

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.210991-3



SAMU 192 RN

END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5316

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 58781/2

Data: 12/05/2018

CHAMADO

TARM: SAYONARA DE ARAÚJO FERREIRA MELO

Médico Regulação:

Rádio Operador: MIRYAM VIANA DA SILVA

Médico Cena: WALKER FERREIRA DA SILVA

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: UR 23 (SUPER FACIL)

Equipe VTR: FRANCISCO INACIO DA COSTA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
HERLON PACHECO DE MEDEIROS - TECNICO DE ENFERMAGEM
PAULO SÉRGIO DE SOUSA - TECNICO DE ENFERMAGEM

☒ REGULAÇÃO
MÉDICA☐ TROTE☐ INFORMAÇÃO☐ ENGANO☐ QUEDA DA
LIGAÇÃO☐ CONTATO COM EQUIPE
SAMU☐ TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: PARNAMIRIM

Nome do Solicitante: RAQUEL

Telefone: (84) 99422-7552

Nome do Paciente:

FABRICIO CLEMENTINO DE SOUZA

Idade: *

19 ANO(S) ▼

Sexo: *

MASCULINO ▼

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: R MARIA ROSA DE MACEDO

Nº:

Bairro:

Outro Bairro: PASSAGEM DE AREIA

Referência/Complemento: NA RUA POR TRAS DO GINASIO E NA RUA DA ASSEMBELIA

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: PCTE FICOU AOS CUIDADOS DA USB61.

Queixa Primária: ACIDENTE DE AUTO X MOTO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

12/05/2018 09:09:34 - Dr(a). ALEXANDRE DE ABREU FREIRE

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: PCT VITIMA DE COLISÃO MOTO CARRO. O PACIENTE ENCONTRA-SE CONSCIENTE.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 12/05/2018 09:17:41 Usuário: (RADIO OPERADOR) MIRYAM VIANA DA SILVA

Observação: Controle de frota: USB61 SAIU DA BASE. ESTOU ACIONANDO UR23 SAINDO DO PA DO SUPERFACIL

Data: 12/05/2018 10:14:56 Usuário: (RADIO OPERADOR) MIRYAM VIANA DA SILVA

Observação: Controle de frota: PCTE FICOU AOS CUIDADOS DA USB61.

ARLIANA SEGUIRADORA
14 JAN 2019

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
12/05/2018
09:07:11

Regulação Médica:
12/05/2018
09:09:34

Solicitação VTR:
12/05/2018
09:17:21

Saída VTR:
12/05/2018
09:17:38

Chegada Local:
12/05/2018
09:38:00

Liberção VTR:
12/05/2018
10:14:20

CONDUTA

☒ Remoção

Conduta Médico Regulador:

12/05/2018 11:07:58 - WALKER FERREIRA DA SILVA
FABRICIO CLEMENTINO DE SOUZA

Conduta Médico Intervencionista:

12/05/2018 11:10:59 - WALKER FERREIRA DA SILVA
VITIMA DE COLISÃO CARRO/MOTO. USAVA CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIENCIA - FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA PERNA ESQ. IMOB. CF.
PROTOCOLO DE TRAUMA. A/C DA USB 61

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGÉ ▼

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE -- ▼

H. ligação ao serv prop.:

: : ↺

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

/ / : :

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

☐ Sim ☒ Não

VIOLÊNCIA A VULNERÁVEIS?

☐ Sim ☒ Não

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABRICIO CLEMENTINO DE SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02114-8

CONTA: 000000059002-9

Nr. Autenticação

BRADESCO1802201905000000000023702114000000059002236250 PAGO



Tarifa Social de Energia Elétrica: Grade pela Lei 10.438, de 26/04/02
RD 06/03/01 - FATORIA - CONTRA DEBENTURA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Macaia, 150 - Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-200
CNPJ 06.324.193/0001-01 | Insc. Est. 20.005.199-0 | www.cosern.com.br

NOME DO CLIENTE
MARINILVA BERNARDINO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ARGENTINA 5 AB

CPE 088-008-375-93 NIS 20320766602

PASSAGEM EM LIE - RUA ARGENTINA 5 AB
PARANÁ MIRIM RN
59165-000

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CONTA CONTRATO 7002208649 MÊS/MO 11/2018
DATA DE VENCIMENTO 29/11/2018 DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA 20/12/2018
TOTAL A PAGAR (R\$) 74,35

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
015609444	ÚNICA	22/11/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
22/11/2018	3010233427	1139449

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,20854034	6,25
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,35749734	25,02
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	43,0000000	0,53624661	23,05
Acrescimo Bônus AMARELA			0,81
Acrescimo Bônus VERMELHA			1,89
Contrib. Sum. Pública Municipal			6,80
ICMS-Parcela Subvencionada			6,40
Multa por atraso-Nº 014082955 - 22/10/18			1,39
Juros por atraso-Nº 014082955 - 22/10/18			0,06
Atualização IOPM-Nº 014082955 - 22/10/18			0,08
Doação APAE - 3206-2556			3,00

TOTAL DA FATURA

74,35

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
209154930	CAT	22/10/2018	14 799,00	22/11/2018	14 842,00	31	1,0000		43,00

PERÍODO DE REFERÊNCIA	PERÍODO DE REFERÊNCIA	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
MÊS/MO 11/18	11/18	11/18
OUT 18 147	147	147
SET 18 114	114	114
AUG 18 167	167	167
JUL 18 197	197	197
JUN 18 152	152	152
MAY 18 150,5	150,5	150,5
ABR 18 146	146	146
MAR 18 175	175	175
FEV 18 201	201	201
JAN 18 156	156	156
DEZ 17 144	144	144
NOV 17 147	147	147

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	18,00	10,22
IPIS	0,81	0,40
IPVA	3,74	2,12

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	RE	RE	RE
Geração de Energia	20,34	8,31%	
Distribuição	2,98	5,44%	
Distribuição (ICMS)	14,14	24,25%	
Perdas de Energia	3,40	6,89%	
Entrega de Energia	2,19	2,90%	
Tributação	12,30	22,57%	
Total	55,35	100%	

Consumo Ativo até 30 kWh: 6,25
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 25,02
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh: 23,05

ARIANA SECURADORA
14 JAN 2019

Não utilize materiais flexíveis, como ventos e relâmpagos.
Cidade de Natal, 14 de Janeiro de 2019.

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 SUSEP¹ 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**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Kennedy Cruz da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 113.779.264 / 78 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fabrisio Clementino de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.657.684 / 80, do sinistro de DPVAT cobertura univale dez da Vítima Fabrisio Clementino de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.657.684 / 80, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R. Volandam</u>		Número <u>87</u>	Complemento
Bairro <u>Rosa dos Ventos</u>	Cidade <u>Panamirim</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59141-300</u>
Email <u>Não informa</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(84) 98406-3910</u>		Telefone celular (DDD) <u>(84) 99806-1091</u>

Natal, 14 de janeiro de 2019
Local e Data

Kennedy Cruz da Silva
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA ROSIANI DA SILVA,
RG nº 309569953, data de expedição 11/11/2013,
Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 250.748.368-75, com
domicílio na cidade de PARNAMIRIM, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
R. VAZAUDAU, nº 84,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima FABRICIO CROMOLINO DE SOUZA cujo o condutor era
Kennedy Cruz da Silva.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/XRC 300
Ano: 2010/2011
Placa: NGM 1000
Chassi: 9C2N00920 BK000513
Data do Acidente: 12/05/2018
Local e Data: Parnamirim/RN, 19/12/2018

M. Rosiani da Silva
Assinatura do Declarante

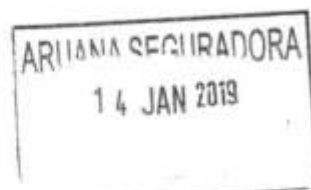


Kennedy Cruz da Silva

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



2º **SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS**
TABELIÃO: AIRENE JOSE AMARAL DE PAIVA
Av. Brigadeiro Siqueira, 10 - Boa Esperança - CEP: 50140-000 - Parnamirim-RN (084) 3020-3000 / 3272-2295
Reconheço por autenticidade a firma de MARIA ROSIANI DA SILVA
(AJJ031403 e AJJ031405)
Parnamirim/RN, 19/12/2018
Em testemunho da verdade. Emol R\$ 2.90
PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES - Substituto
*Válido somente com selo de autenticidade
*Impresso por: MARIA DO SOCORRO NUNES DE MEDEIRO





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 23232 /2018

Admissão: 12/05/2018 10:58:15

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **2958 - FABRICIO CLEMENTINO DE SOUZA** (19 a 3 m 9 d)

Nascimento: 03/02/1999 Natural: NATAL BRASIL

CNS: CPF:

Prof: SM

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: FRANCISCA NEUMA MEDEIROS DE SOUZA

Pai: JOSE CLEMENTINO DA SILVA

Logradouro: JORGE FERNANDES DE MACEDO, 9

CEP: 59145160

Bairro: PASSAGEM DE AREIA

Cidade: PARNAMIRIM

Telefone: .

Compl:

Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Tipo: REFERENCIADO

Empresa:

Fluxograma:

OBS: SAMU

Discriminador:

Classificação: 12/05/2018 10:56:15

HORA	P.A.	HGT	SBT02	SAP02	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO/APRESENTA FRATURA EM TIBIA

Hora: 11:00

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE COLISÃO MOTOXCARRO, RELATA QUE ESTAVA DE CAPACETE, NEGA PERDA DE CONCIÊNCIA, NEGA VÔMITOS, NEGA CEREBRIA. RELATA DOR EM MIE, LOCALIZADA HA' ± 1 HORA. RELATA INGESTA DE BEBIDA ALCOOLICA.

ARIANA REGIADORA

14 JAN 2019

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VIAS AERIAS PÉRVIA, COM COLOU CERVICAL, SEM CERVICALGIA, SEM DEFORMIDADES.
- B MVA, SIMÉTRICO, SEM RÍDOES. TORAX ESTÁVEL, INDOLO, SEM CRACKING.
- C FC: 88BPM, PULSO S AMPLOS, SIMÉTRICOS, SEM SANGRAMENTOS ATIVOS.
- D GLASGOW 15, VIGIL E COLABORATIVO. HALLITO BUCAL.
- E PRESENTE DEFORMIDADE EM MIE, COM TALA E CURATIVO NO LOCAL.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

ABD: FLÁCIDO E INDOLO. COM BOLSA DE COLOSTOMIA EM FLANCO ESQUERDO.

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Fratura Exposta Perda Proxim

Com perda subotalar (Creta + Tendão Patecar)

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): NEGAM (MEDICAÇÃO EM USO): NEGAP (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): CIRURGIA PÓS-FAF, COLOSTOMIA HA 4 ANOS.L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): HA 53 HORAS.A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): COLISÃO MOTO + CARRO.V (PASSADO VACINAL): HA 4 ANOS.

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA AP E PERF.~~RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA~~Abires de Arruda Júnior
CRM-3344

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

- ATUA DA CIRURGIA GERALAbires de Arruda Júnior
CRM-3144

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: ORTOPEDIAHORA: 11:00DATA: 14/08/18

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

Abires de Arruda Júnior
CRM-3144

MÉDICO (CARIMBO)

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

ARIANA SEGURADORA
14 JAN 2019

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPOSTA DA VITIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) 3 - ABRA VIA AEREA 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 5 - SE APNEIA, APOIUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA), 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUAL EM LACTENTE), 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS, 100/MIN (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEJA, 8 - DEJA DISPONÍVEL, ANALISE O RITMO, 9 - RITMO CHOCÁVEL, APLIQUE 1 CHOQUE 360 (200 J P/ DEJA B/ASCOL, E REMOUE RCP 10 - RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP(DN 2), 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VITIMA SE MOVIMENTAR, 13 - COLOQUE A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: *Ortopedia*

ANAMNESE

Paciente refere ter sido vítima de acidente motociclístico, avaliado inicialmente pelo serviço geral e em seguida solicitado atendimento de ortopedia devido fratura exposta de tíbia

EXAME FÍSICO

ferimento em região anterior de tíbia, $d \pm 10$ cm com perda de substância pela *GTH 3*

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

fratura exposta de tíbia *GTH 3*

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

Re: Fratura de tíbia *GTH 3*

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

At: Internados p/ tratamento cirúrgico de urgência em Centro Cirúrgico
- Reposto 2g CD Agor
- Curativo com 240g CD Agor!

Dr Judson V. Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6892
TEOT 14819

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

10:26h 24h

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Outros se abrem espontaneamente	4
Outros se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Outros se abrem por estímulo doloroso	2
Outros não se abrem	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, mês, o período, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca convencional)	3
Sons ininteligíveis. (Gargalhando sem articular palavras.)	2
Ausente	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Far coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso	5
Resposta inespecífica a dor	4
Padrão flexo à dor (Decorificação)	3
Padrão extensor à dor (Descarificação)	2
Sem resposta motora	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20 = 4
	16-20 = 3
	8-15 = 2
	1-7 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90 = 4
	70-89 = 3
	50-69 = 2
	0 = 1

*Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.I. Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 524, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - 08=grave (necessidade de intubação imediata)
09 - 13=moderado;
14-15=leve

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

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes a que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjectivos:

SEM DOR	LEVE	Moderado	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Fabiano Clementino de Souza</i>		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO ☒ 1 FEMININO ☐ 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)			
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>feridas e laceração de pele no dorso do tórax (94) operando ferida exposta de Tórax</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>necessidade de tratamento cirúrgico</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Exame físico + Rx</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Tórax de ferimento (Exposto)</i>	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO <i>procedimento cirúrgico</i>	25 - LEITO CLÍNICA <i>Ortopedia Unidade</i>	26 - CARATER DA INTERNAÇÃO <i>urgência</i>	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Fabiano Azevedo</i>
28 - DT SOLICITAÇÃO <i>12 05 18</i>	29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>040809090-0</i>	30 - CNES / CPF <i>0004991094-81</i>	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>Dr. Judson V. Azevedo Ortopedia e Traumatologia CRM 8882 FE07 14819</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU

32 - () ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA <i>SIAME</i>	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	41 - CID PRINCIPAL		
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA		

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	ARQUIVADA SEGURADORA 14 JAN 2019
48 - CNES / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	



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

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome: Fabrizio Clementino de Souza

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

12/05/18

Hora:

13:30

Tratamento ortopédico de acidente
de moto, apresentando fratura
exposta das ossos da perna
e quadril. Colostomia
há 4 anos por FAE.

Dr. Kleudson Bastos
Ortopedista
CRM - 4421 / TEOT - 10660



ARIANA SEGUIRADORA

14 JAN 2019

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

Nome: PAULO RUI COSTA Nº Registro: _____

Serviço: Enfermagem Idade: 45 Leito: 10

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDICIPLINAR
12/15	FRAT Extra RA RONA Foto Limpada e rugosa + Fixação Endonax Marconi M. Brandão Ortopedia CRM 3000



GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis SarinhoFICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: 449 UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 22/05/18 Alta: _____
Nome: Fabrizio Clementino de Souza Naturalidade: Natal-RN
Idade: 39a. Sexo: ☒ Masculino () Feminino Data de Nascimento: 03/02/1999
RG: 002.872.151 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Alfabetizado
Filiação: Pai: José Clementino de Souza
Mãe: Francisca Neuze Medeiros de Souza
Endereço: Rua Jorge Fernandes de Macedo, 09
Passagem de Areia Cidade: Parnamirim
Telefone: 9454-1629 mãe () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: _____ Outros telefones: _____
Composição familiar: Mãe e a mãe + padasto + 01 irmão
Outras informações: Faz uso de ☒ Alcool ☒ Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: _____ Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo ☒ Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa: _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares
() Socorrido em via pública () Outros meios
() Encaminhado: Hospital de origem: _____

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Fra Neuze M. de Souza
Parentesco: 9454-1629 Telefone: mãe
Endereço do Responsável: o mesmo

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

24/05/18 - Paciente vítima de lesões múltiplas por carro, com
fratura exposta de MTE.
Elaboração de relatório social / orientações /
solicitação de documentos / Recibo e anexos RG +
CPF + SUS + Residência

óbito: Encaminhamento: ITP () SVO () DO () Obs. _____

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

ASSINATURA
JOSÉLIA DANTAS DE MEDEIROS
Assistente Social
OES-AM 916

52a-03

Pantominin/RN

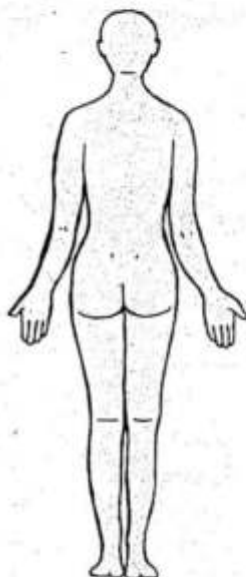
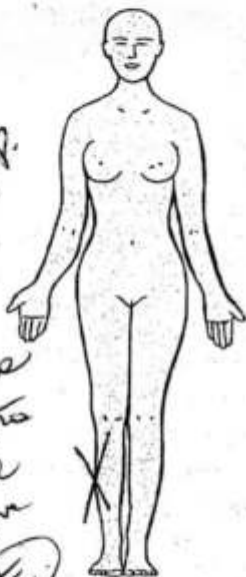


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Fabiano Clementino de Souza
DATA DE NASCIMENTO: 03/02/1999 IDADE: 19 anos
REGISTRO: 1530/2018
DATA DE ADMISSÃO: 12/05/2018 HORA: 15:50h
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia
HIDRATAÇÃO: SIM (x) NÃO () VIA: PERIFÉRICO (x) ACESSO CENTRAL: ()
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE (x) ORIENTADO (x) VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: ()
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (x) GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO (x)
DIABÉTICO: SIM () NÃO (x)
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (x)
OUTRAS PATOLOGIAS:
MEDICAÇÕES EM USO:
CIRURGIAS ANTERIORES: Hepatomia Exp. + Colostomia
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO (x)
OBSERVAÇÃO:

ÁREA DE TRICOTOMIA: HORA:
ÁREA DE PUNÇÃO: HORA:
OBS.: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA

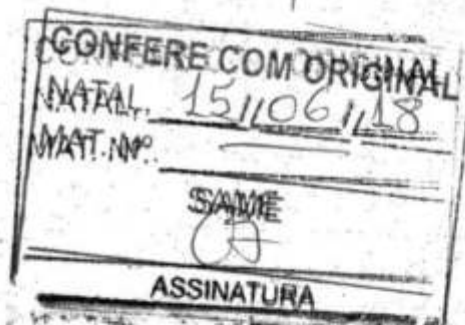


Lote: 093112 Código: AF35 4 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X C X 4,5 X 200 X T

Fabric.: 08/12/2017 Val.: 12/2022
Registro ANVISA N°: 80083650026
Material: Aço inox F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.661.623/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3636-1910 - comercial@sartori.ind.br

ARIANA SEGURADORA
14 JAN 2019



INSTRUMENTADOR: Emanuelle Gueiros JELCO Nº
CIRCULANTE: Shoens Ferreira
TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI (x) PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS.:
ANESTESISTA: Dr. Arthur Celdas
INÍCIO DE ANESTESIA: 16h
TÉRMINO DE ANESTESIA:
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: 1g de cefazolin + 160mg gentamicina
HORA: 02g dipirona + 10mg de dexclonazepam + 10mg tramoxicon
por Dr. Arthur

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

INÍCIO DE CIRURGIA: 16:35 Hs.

CIRURGIÃO: Dr. Marcene Brando

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA: # Cirurgia de fratura exposta perna E com fixação

TÉRMINO DE CIRURGIA: 18:10 Hs.

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (x)

Nº DA SONDA: _____

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (x)

Nº DA SONDA: _____

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (x)

RX: SIM () NÃO (x)

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (x)

TIPO: _____

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (x)

TIPO: _____

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO ()

FEITO FICHA: SIM () NÃO ()

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO ()

ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO: SIM () NÃO ()

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO ()

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO ()

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO ()

QUANTIDADE: 15

GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO ()

QUANTIDADE: 60

CAIXA CIRÚRGICA: Ort pequena + drull

COMPLETA: SIM (x) NÃO ()

OBS: _____

ÓBITO: SIM () NÃO (x)

HORA: _____

REALIZADO RCP: SIM () NÃO (x)

RESPONSÁVEL PELA RCP: _____

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (x) UTI () ALTA ()

EM AR AMBIENTE: SIM (x) NÃO ()

TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO (x)

ENTUBADO: SIM () NÃO (x)

PREENCHIDO AIH: SIM (x) NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (x) NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (x) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: 16 Hs paciente admitido no ce, procedimentos aos cuidados de Dr. Marcene Brando, paciente chegou consciente orientado re hidratação venosa. Vendo dia, higiene, calceos em sala, monitorizado com oximetria de pulso + PA + FC = medidas PA = 110 x 70 mmHg, FC = 80 bpm, SpO2 96%, paciente foi submetido a anestesia após submetido a cirurgia # cirurgia de fratura exposta de perna E com fixação, cirurgia amule em curso, SSUV As 17:25 Hs PA = 102 x 44 mmHg, FC = 95 bpm, SpO2 96%. Após término da cirurgia paciente será encaminhado p o Cro sob cuidados do quarto de recuperação - Aux. farmac. Ao Cro consciente orientado - 170843 cover.

Assinatura do(a) Enfermeiro(a)

Luciana Ferreira da Costa
Ass. de Enfermagem
CRM 170.843

Assinatura do Circulante

Emmanuelle
Assinatura do Instrumentador

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Enf. Márcia



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: FABRICEO CLEMENTINO SILVA Reg. N.º 21Diagnóstico pré-operatório: FRAT. TUB. R6Indicação terapêutica: FRAT. CEMENTO Urgência () Eletiva ()+ FRAT. TUB. R6 INTERVENÇÃO

Data: _____ Início: _____ Término: _____ Duração: _____

Operador: MARCONI M. BRANDÃO CRM/CRO: _____

1º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____

2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____ CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

ASSISTENANESTESIADR. BERNARDO CEMENTOUM R6 TUB. R6FRAT. TUB. R6FRAT. TUB. R6FRAT. TUB. R6MARCONI M. BRANDÃO
Ortopedia
CRM 3942ARTIANA SEGURADORA
14 JAN 2019

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

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



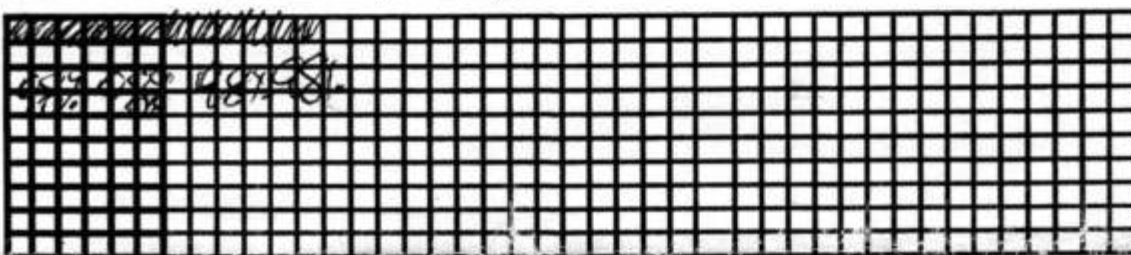
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE ANESTESIA

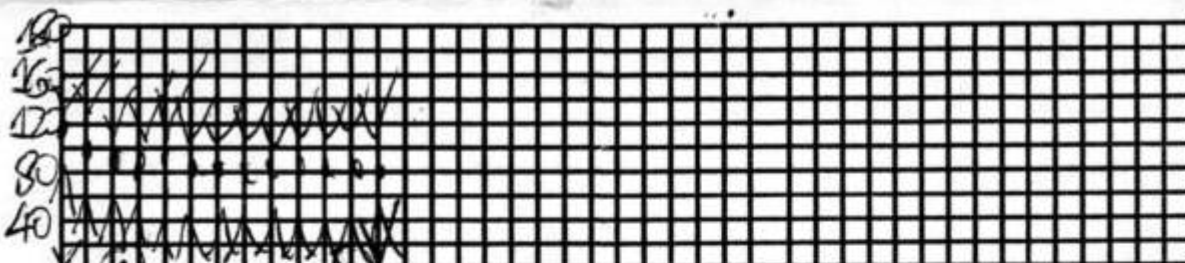
Paciente: FABRÍCIO CLEMENTINO DE SOUZA ASA: IE
Idade: 19 A Sexo: MASC Registro: _____
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA MIE Data: 12/05/18
Cirurgia Realizada: FIXADOR + SUTURAS
Cirurgião: MARCONES Auxiliar: _____
Anestesiologista: ARTHUR Enfermagem: _____

História Clínica Admissional: COLISO MOTO X CARDO HOJE
PACIENTE GLASGOW 15; H. EST. NEGA ALERGIAS
E COMORBIDADES. TEFUM COMPLETO. INICIADO
GENTAMICINA + CEFASOLINA NO P.S.

Técnica Anestésica: PACIENTE SENTADO. ANTISSEPSIA. CAMPO ESTÉRIL;
PUNÇÃO L3-L4; 3ª TENTATIVA; IAG 25GA.
LCR (+), SG (+), INJEITO AL + OPS. SEM INTERC



ECG
OXÍMETRO
PAIN



Início: 16:00 Término: 18:10

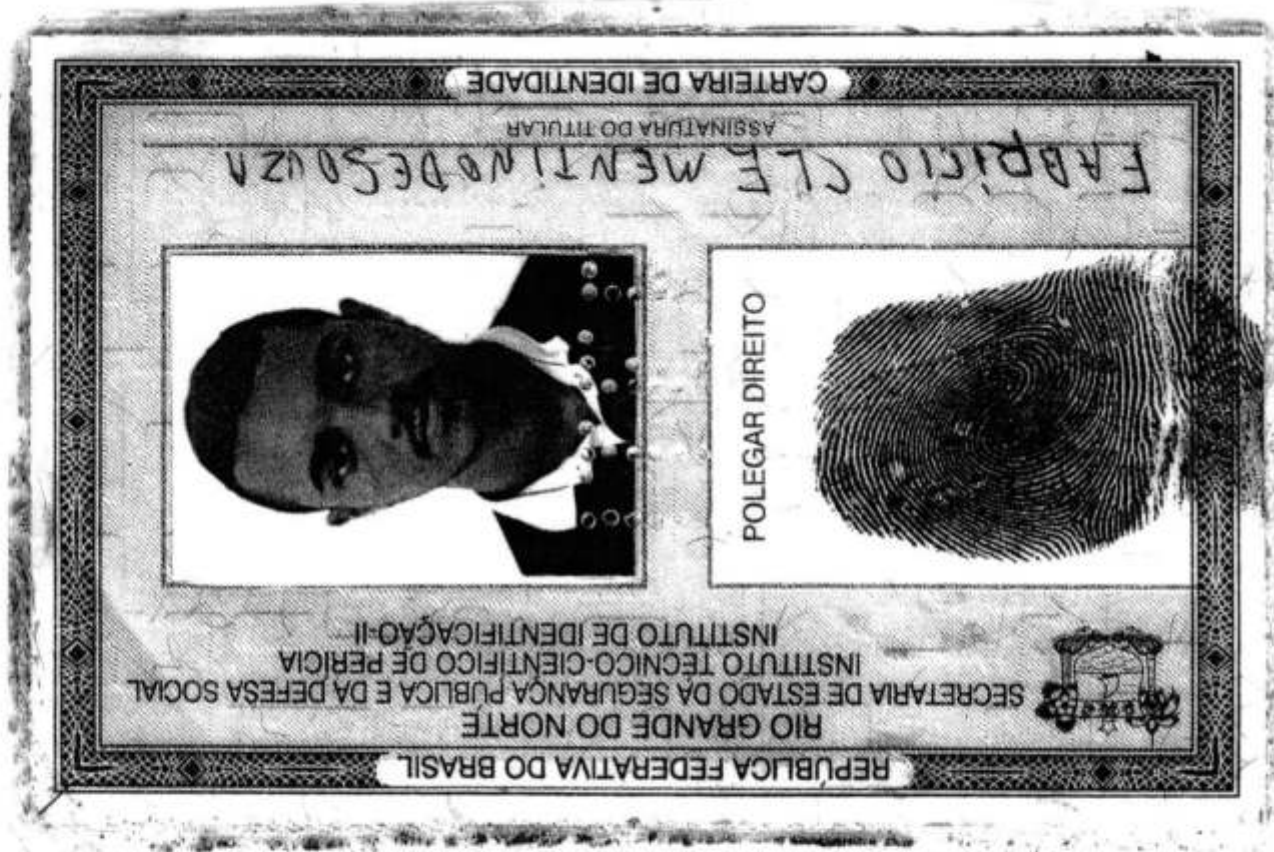
Anestésicos Utilizados:

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| 1. <u>BUP. 0,5% P=20mg</u> | 2. <u>FENTA 25mg + MORFINA 100mg</u> |
| 3. <u>CEFASOLINA 1g</u> | 4. <u>GENTAMICINA 160mg</u> |
| 5. <u>DEXAMETASONA 10mg</u> | 6. <u>TENOXICAM 40mg</u> |
| 7. <u>DIPÍRONA 2g</u> | 8. <u>DIAZEPAM 10mg</u> |
| 9. <u>SF 9,9% 1000ml</u> | 10. <u>P.S. 2000ml</u> |
| 11. _____ | 12. _____ |
| 13. _____ | 14. _____ |

Encaminhamento: H. ESTÁVEL; AO CRO

Dr. Arthur Caldas
Médico Anestesiologista

Assinatura do CRM/RN 7094 - CRM



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	002.871.151	DATA DE EXPEDIÇÃO	25/10/2017
NOME	FABRICIO CLEMENTINO DE SOUZA		
FILIAÇÃO	JOSE CLEMENTINO DA SILVA FRANCISCA NEUMA MEDEIROS DE SOUZA		
NATURALIDADE	NATAL - RN	DATA DE NASCIMENTO	03/02/1999
DOC. ORIGEM	CERT. DE NASCIMENTO L-A71 F-4 RG-37344 PARNAMIRIM RN-2 CARTORIO		
CPF	084.657.684-80	Josebias Ferreira do N. Junior, VIA ASSIN. <i>[Signature]</i> Diretor de Identificação	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			

ARIANA SEGUIRADORA
14 JAN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013392653380

VIA 1 COD. RENAVAM 00333001800 INTRC ***** EXERCÍCIO 2017

NOME
MARIA ROSIANI DA SILVA

PLACA
250.748.368-75
CHASSI
NOH1000

NOH1000/RN 9C2ND0920BR000513

ESPECÍFICO COMBUSTÍVEL
PASSAGEIRO/MOTOCICLISTA/NAO APLICAVE GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/XRE 300 2010 2011

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
OCV/291 CILINDRADAS PARTICULAR VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
R\$ 0.00 04/07/2017 1ª PAGO

FAIXA LPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª PAGO
A 003503 3x R\$ 52.30 3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 07.707.650/0001-10
AYMORE CREDITO FINANC E INVEST SA
MOTOR: ND09E2B000513 PARA TRANSFERÊNCIA

DATA
02/08/2018

PARNAMIRIM/RN
Luis Eduardo Machado Pereira
DETRAN - RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013392653380 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 02/08/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 250.748.368-75 PLACA NOH1000

RENAVAM 00333001800 MARCA / MODELO HONDA/XRE 300

ANO FAB. 2010 DATA 9 Nº CHASSI 9C2ND0920BR000513

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

ABR-2017

APROVADA
14 JAN 2019
SEGURADORA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190032626 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABRICIO CLEMENTINO DE SOUZA **Data do acidente:** 12/05/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Fabruício Clementino de Souza
 DATA DO ACIDENTE 12/05/2018 CPF DA VÍTIMA 084.657.684-80
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Kennedy Cruz da Silva
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PROCURADOR
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Volandam
 Nº 87 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Rosa dos Ventos
 CIDADE Panamirim UF RN CEP 59141-300
 E-MAIL _____ TELEFONE (84) 98706-3910
(84) 99806-1091

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 14/01/2019

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Kennedy Cruz da Silva

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA 14/01/2019NOME Priscila FleuryASSINATURA [Assinatura]