



Número: **0809665-12.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **13/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.362,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FABRICIO CLEMENTINO DE SOUZA (AUTOR)		DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)	
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62916790	18/11/2020 16:41	2767259_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 13818100

Pag. 00565/00566 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00297/00298 - carta_03 - INVALIDEZ

00050149



Carta nº 13820160





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

Rio de Janeiro, 24 de 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:

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:

Fabrizio Clementino de Souza

CPF: 084.657.684-80

Profissão:

recusou

Endereço:

Rua Argentina

Número:

3 AB

Complemento:

Bairro:

Paragem de avião

Cidade:

Paranaguá

Estado:

PR

CEP:

59.245-050

E-mail:

Tel (DDD):

(84) 998706-3910

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). (84) 998706-3910

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:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às 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.

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:

Vivos:

Falecidos:

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:

PR/PR, 14/10/2019

Nome:

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

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º 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, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

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: 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: Fabrizio Clementino de Souza CPF: 084.657.684-80

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

Bairro: Paragem de avião Cidade: Paranaguá Estado: PR CEP: 59.245-050

E-mail: dpvat31@gmail.com 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

REDA 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: Paradiseo

AGÊNCIA: 21148 CONTA: 59002 9

(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.

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.

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 (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: Paranaguá/PR, 14/10/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

FABRIZIO CLEMENTINO DE SOUZA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

FPS.001 V001/2018

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





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 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: 2010
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:

ARIANA SEGUIRADORA

14 JAN 2019

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

INFORMA QUE TRAFEGAVA NO VEICULO ACIMA CITADO NO CARONA, CONDUZIDO PELA PESSOA DE KENNEDY CRUZ DA SILVA, NO ENDEREÇO ACIMA, QUANDO FORAM COLIDIDOS POR UM VEICULO PALIO DE COR CINZA, DE PLACAS NAO ANOTADAS, E A VITIMA FOI AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELA SAMU, PAR O HOSPITAL WILFREDO GURGEL, COM LESAO 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 NO 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

FABRICIO CLEMENTINO DE SO

Interessado

Polegar 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:

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:

Fabrizio Clementino de Souza

CPF:

084.657.684-80

Profissão:

recusou

Endereço:

Rua Argentina

Número:

3 AB

Complemento:

Bairro:

Paragem de avião

Cidade:

Paranaguá

Estado:

PR

CEP:

59.245-050

E-mail:

Tel (DDD):

(84) 998706-3910

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). (84) 998706-3910

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:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às 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.

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:

Vivos:

Falecidos:

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:

Paranaguá/PR, 14/10/2019

Nome:

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

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º 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, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



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

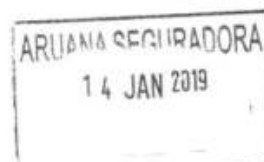


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se faz necessário, que foi encontrado a ocorrência N° 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 GINÁSIO E NA RUA DA ASSEMBELIA

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO 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 SUPERFACEL

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 SEGURADORA
14 JAN 2019

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:

12/05/2018

09:07:11

Liberação VTR:

12/05/2018

10:14:20

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



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: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NO UNIFICADA FATORIA CONTRA O ENE...
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Maciel, 152, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 06.324.198/0001-01 | Insc. Est. 20050199-0 | www.cosern.com.br

NOME DO CLIENTE
MARISILVA BERNARDINO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ARGENTINA 5 AB

CPE 186.609.374-93 NIS 20320766602

PAISAL EM LE ARRETRADA EM LEITURA
PARANMIRIM RIV
54185-URU

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

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

Nº DA NOTA FISCAL SÉRIE EMISSÃO
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	0,35749774	25,02
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	43,0000000	0,53634661	23,05
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,81
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,89
Contrib. Rum. Pública Municipal			6,80
ICMS-Parcela Subvencionada			6,40
Multa por atraso-NF 014082955 - 22/10/18			1,39
Juros por atraso-NF 014082955 - 22/10/18			0,06
Atualização ICPM-12F 014082955 - 22/10/18			0,08
Doação APAE - 3206-2566			3,00

TOTAL DA FATURA 74,35

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	ATUAL	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
504916488	CA7	22/10/2018	14 796,00	22/11/2018	14 842,00	11	1,0000				46,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Gerência de Energia	R\$	20,94	28,07%
Transmissão	R\$	2,98	4,01%
Distribuição (Custos)	R\$	14,14	19,03%
Perdas de Energia	R\$	0,80	1,08%
Energia Substituída	R\$	2,78	3,74%
Tributação	R\$	12,80	17,21%
Total	R\$	54,44	73,22%

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	18,00	10,02
IPIS	0,81	0,46
COFINS	3,74	2,72

CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	0,20854034
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,35749774
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,53634661

ARIANA SEGURADORA
14 JAN 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/BIBLIOTECASWEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kennedy Cruz de 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 informar</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



DLRL.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA ROSIANI DA SILVA,

RG nº 309569953, data de expedição 11/11/2013,
Órgão SSP/PSP, portador do CPF nº 250.748.362-75, com
domicílio na cidade de Panamirim, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. VOZAUDAU, 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/XEC 300

Ano: 2010/2011

Placa: NOM 1000

Chassi: 9C2N00920 BK000513

Data do Acidente: 12/05/2018

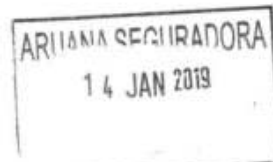
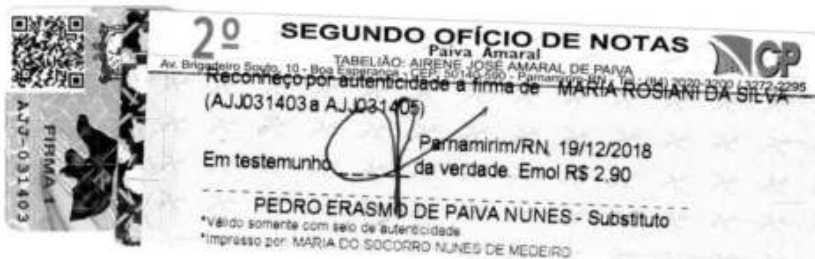
Local e Data: Panamirim/RN, 19/12/2018

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)





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



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:

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: FRANCISCA NEUMA MEDEIROS DE SOUZA

Pai: JOSE CLEMENTINO DA SILVA

Lugar de nascimento: 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:

Discriminador:

OBS: SAMU

Classificação: 12/05/2018 10:56:15

HORA	P.A.	HGT	TEMP	F.O2	F.R	F.C.	TEMP.	Glasgow	ES

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO/APRESENTA FRATURA EM TÍBIA

Hora: 11:00

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

ARTIMIA SEGURADORA

14 JAN 2019

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VIAS AERIAS PÉRVIA, COM COLOAR CERVICAL, SEM CERVICALGIA, SEM DEFORMIDADES.

B MV4, SIMÉTRICO, SEM RUÍDOS. TORAX ESTÁVEL, INDOLOR, SEM DEFORMIDADE.

C FC: 88bpm, PULSO AMPLA, SIMÉTRICO, SEM SANGRAMENTOS ATIVOS.

D GLASGOW 15, VIGIL E COLABORATIVO. HALLITO ESTÉRIL.

E PRESENTE DEFORMIDADE EM MIE, COM TALA E CURATIVO NO LOCAL.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

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

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Fratura exposta de tibia proximal

*Gerado via SX por SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS. Impresso em 12 de Maio de 2018

Com perda subcutânea (cicatriz + vendão)
Dor local



EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A
B
C
D
EA (ALERGIAS): NENHAM (MEDICAÇÃO EM USO): NENHAP (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): CIRURGIA PÓS-FAF, COLOSTOMIA HA 4 ANOS.L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): HA 13 HORAS.A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): COLISÃO MOTO + CARRO.V (PASSADO VACINAL): HA 4 ANOS.

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA AP E PERFIL.RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA AP E PERFIL.Abires de Arruda Júnior
CRM-3144

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

NENHA DA CIRURGIA GERALAbires de Arruda Júnior
CRM-3144

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <u>ORTOPEDIA</u>	HORA: <u>11:00</u>	DATA: <u>12/08/18</u>
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

Abires de Arruda Júnior
CRM-3144

MÉDICO (CARIMBO)

O preenchimento do boletim de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribuindo para a melhoria da assistência em HF.



ATENDIMENTO ESPECIAL

Assinatura

IMPRESSÃO

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 A JUIZ A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) 3- ABRA VIA AEREA 4- AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 5- SE APNÉIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESCATE E DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 6- AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE) 7- SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS, 100MIN (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEBATELA PARA DISPOSITIVO DE RESCATE 8- AVALIE A CONSCIENTIZAÇÃO 9- SE NÃO RESPONDER, INICIE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VITIMA SE MEXA, 13- COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO 10- RITMO NÃO CHOQUEÁVEL, REINICIE RCP 10:30, 11- AVALIE O RITMO A CADA 5 SEGUNDOS, 12- FAÇA RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VITIMA SE MEXA, 13- COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

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 M1C

EXAME FÍSICO

ferimento em região anterior de fêmur de ≈ 10 cm com perda de substância pela

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

fratura exposta de fêmur

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

Re: fratura de fêmur

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

At: fratura de fêmur
Tratamento cirúrgico de urgência em centro cirúrgico
- Reposto 24h ED Agor
- Curativo com 24h ED Agor!

Dr Judson V. Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
CRMERN-8892
TEOT 14819

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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 (Resposta coerente e apropriada às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, etc., e pergunta a data e hora)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (fala aleatória, mas sem troca conversacional)	3
Sons ininteligíveis. (Gemeando sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordem verbal. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirado inspecção a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Decerebração).	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
	3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20 = 4
	12-20 = 3
	6-20 = 2
	1-20 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90-120 = 4
	75-89 = 3
	50-74 = 2
	1-49 = 1
	0 = 0

**Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Bacco W.L. Copes, et al: A revision of the Trauma score. J. Trauma 29(5): 824, 1999.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005):

03 - 08-grave (necessidade de intubação imediata);
09- 3+ moderado;
14-15-leve

* Referência: TEASDALE G. JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:91-94

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com teste superior e 3 em 5. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade de sua dor de acordo com as seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	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>Tabasco 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>trauma de trânsito de veículo motorizado (sujeito)</i>	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>operação de fratura exposta de Tibia (C)</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Exame físico + Rx</i>	20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura de tibia exposta</i>	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

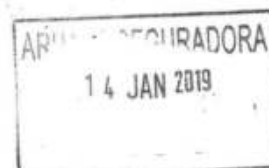
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>osteossíntese</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>040805080-0</i>	26 - LEITO / CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>urgência</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Fredson Azevedo</i>	29 - DT SOLICITAÇÃO <i>12.05.18</i>	30 - CNES / CPF <i>00000991094-81</i>
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>Dr. Fredson V. Azevedo</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CREMER 6892</i> <i>FE07 14819</i>						

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA <i>SAVIE</i>	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		43 - ()	44 - () GRAVE
42 - CID SECUNDÁRIO			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.	
48 - CNES / CPF	52 -	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	



trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.

010.019.107.17





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

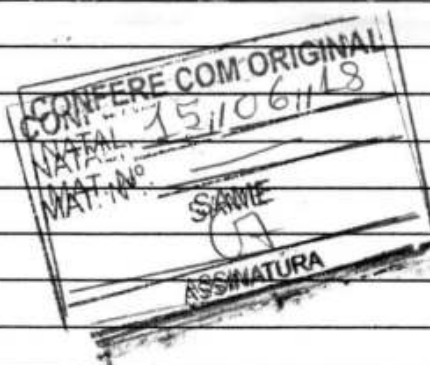
Leito: _____ Idade: _____ Nº Registro: _____

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 pé. A. Colostomia
há 4 anos por FAE

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



ARLIANA SEGUIRADORA
14 JAN 2019

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





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

Nome:

Nº Registro:

Serviço:

Idade:

Leito:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDICIPLINAR

12/15

F-RAT Exorta Rota e

Fundo Limpaza elugica f

Fixação Exorta

Marconi M. Brando
Oncologia
CRM 12345





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

FICHA 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: 002.872.154 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Alfabetizado
Filiação: Pai: José Clementino de Souza
Mãe: Francisca Neuza Medeiros de Souza
Endereço: Rua Jorge Fernandes de Macedo, 09
Passagem de Areia Cidade: Parnamirim
Telefone: 9454-1629 móvel () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: _____ Outros telefones: _____
Composição familiar: Nova e a mãe + padrasto + os filhos
Outras informações: Faz uso de (x) Alcool (x) Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: _____ Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo (x) 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 Neuza M. de Souza
Parentesco: 9454-1629 Telefone: móvel
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 arma branca, com
fratura exposta de MTE.
Elaboração de relatório social / orientações
solicitadas documentos / Recibo e anexos RG +
CPF + SUS + Residência

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

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

Ofélia Dantas
Assistente Social
CRESS-RN 916

010.019.106.25



52a-03

Pantominim/KN



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: Fabrizio Clementino de Souza
DATA DE NASCIMENTO: 03/02/1999
REGISTRO: 4530/2018 IDADE: 19 anos
DATA DE ADMISSÃO: 12/05/2018 HORA: 13:50Hs
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) HIPERTENSO: SIM () NÃO (x)
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (x) ASMÁTICO: SIM () NÃO (x)
OUTRAS PATOLOGIAS:
MEDICAÇÕES EM USO:
CIRURGIAS ANTERIORES: Ligamentum Exp. + Colostomia
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO (x)
OBSERVAÇÃO:

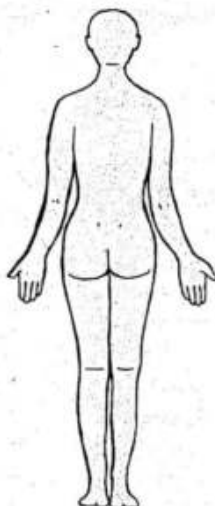
ÁREA DE TRICOTOMIA:

HORA:

ÁREA DE PUNÇÃO:

HORA:

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



Lote: 083112 Código: AF35 4 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X C X 4,5 X 200 X T

Fabric.: 09/12/2017 Val.: 12/2022
Registro ANVISA Nº: 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

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: 15/10/18
MAT. Nº:
SABE
ASSINATURA

INSTRUMENTADOR: Emanuelle JELCO NºCIRCULANTE: Shirley Ferreira

TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI (x)

PERIDURAL ()

B.P.B. ()

LOCAL ()

OBS.:

ANESTESISTA: Dr. Arthur CeballosINÍCIO DE ANESTESIA: 16Hs

TÉRMINO DE ANESTESIA:

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: 0,9g de cefazolin + 160mg gentamicinaHORA: 02g dipirona + 10mg de dexameclon + 10mg fentanyl
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: II Enúrgico 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: Out pequena + drile

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 CC, inicialmente aos cuidados de DR. Marcene Brando, paciente chegou consciente orientado re hidratação venosa. Vinda da urgência, colocamos em sala, monitorizado com oximetria de pulso + PAI + FC = medindo PA = 110 x 70 mmHg, FC = 80 bpm, spo2 = 96%, paciente foi submetido a anestesia geral após submetido a Enúrgico II Enúrgico de fratura Exposta de perna E com fixação, Enúrgico acabou em curso, SSUV às 17:25 HS PA = 102 x 44 mmHg, FC = 95 bpm, spo2 = 96%. Após término da Enúrgica paciente zero cuidados, p/ o CRO sob cuidados do Quirófano Regue - Aux. Técnico. Ao CRO consciente orientado - 17:08 HS cover.

Assinatura do(a) Enfermeiro(a)

Inaciana Pereira da Costa
Assinatura do Circulante
CRM 170.843

Assinatura do Circulante

Emmanueline
Assinatura do Instrumentador

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

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. Nº 21

Diagnóstico pré-operatório: FRAT. TUB. PE

Indicação terapêutica: FRAT. CLAVICULA Urgência () Eletiva ()

+ FIXAÇÃO ROTULADA 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

ASSISTEN

ANESTESIA

DEBILITADA CLAVICULA

LIMPOZA CLAVICULA

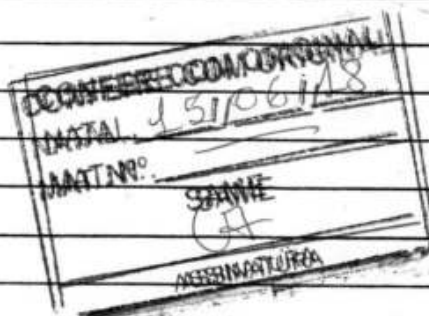
FRAT. TUB. ROTULADA

FECHADA COM PLANO AVANTADO

CLAVICULA

Marcos M. Brandão
Ortopedista
CRM 3642

ARTIANA SEGURADORA
14 JAN 2019



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

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

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



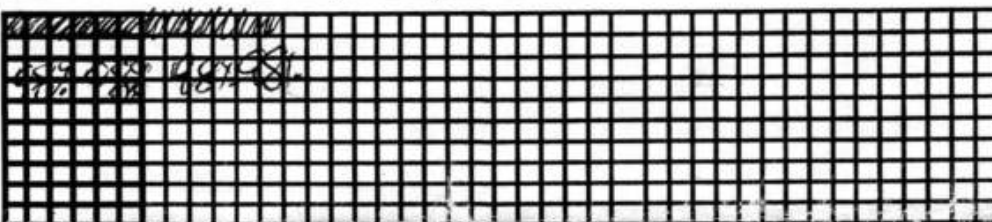


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

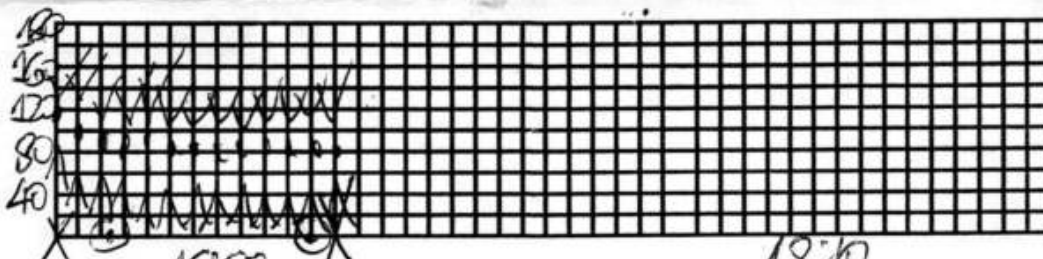
FICHA DE ANESTESIA

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

História Clínica Admissional: COLISO MOTO X CARDO HOJE
PAUENTE GLASGOW 15; H. EST. NEGA ALERGIAS
+ COMORBIDADES. TEFIM COMPLETO. INICADO
GENTAMICINA + CEFASOLINA NO P.S.
Técnica Anestésica: PACIENTE SENTADO. ANTISEPSIA. CAMPO ESTÉRIL;
PUNÇÃO L3-L4; 3ª TENTATIVA; IAG 25GA.
LCR @, SG @, INJEÇÃO AL + OPS. SEM IMERC



ECG
OXÍMETRO
PAIN



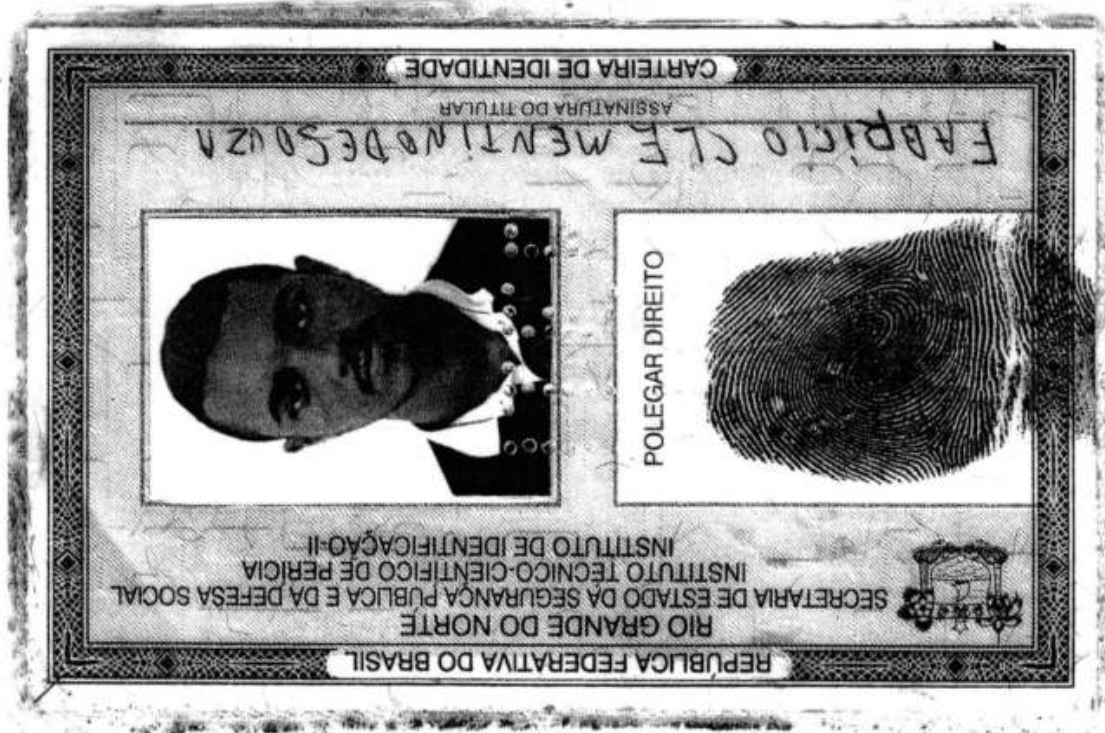
Início: 16:00 Término: 18:10
Anestésicos Utilizados:
1. PRP 0,5% P=20mg
2. FENTA 25mg + MORFINA 100mg
3. CEFASOLINA 1g
4. GENTAMICINA 160mg
5. DEXAMETASONA 40mg
6. TENOXICAM 40mg
7. DIPÍRONA 2g
8. DIAZEPAM 10mg
9. SE 9.9% 1000ml
10. P.S. 2000ml
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____

Encaminhamento: H. ESTÁVEL; AO CRO

Dr. Arthur Caldas
Médico Anestesiologista
Assinatura do CRMEN 7094

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





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 CARTÓRIO

CPF 084.657.684-80

ASSIN. Josebias Ferreira do N. Junior, VIA
Diretor de Identificação

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ARIANA SEGURADORA
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 EXERCÍCIO: 2017

NOME: MARIA ROSANI DA SILVA

PLACA: 250.748.368-75

NOH1000

NOH1000/RN 9C2ND0920BR000513

ESPEC. TIPO: PASSAGIRO/MOTOCICLISTA/NAO APLICAVE GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/XRE 300

ANO FAB: 2010

ANO MOD: 2011

CATEGORIA: PARTICULAR

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

OCV/291 CILINDRADAS

COTA UNICA: R\$ 0.00

VENG. COTA UNICA: 04/07/2017

FAIXA LPVA: 003503 2x

PARCELAMENTO/NOTAS: R\$ 52.30

1º PAGO

2º PAGO

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 00

CFR (R\$): 00

PRÊMIO TOTAL (R\$): 00

DATA DE PAGAMENTO: 02/08/2018

*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DEVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES:

ALIEI. FID. EM FAVOR DE: 07.707.650/0001-10

AYMORE CREDITO FINAN. E INVEST. SA

MOTOR: ND09E2B000513 PARA TRANSFERENCIA

PARNAMIRIM/RN

14 JAN 2019

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 18/11/2020 16:41:34

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111816413388300000060324950

Número do documento: 20111816413388300000060324950

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

CHASSI: 9C2ND0920BR000513

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$): 00

DEVAT (R\$): 00

CUSTO DO SEGURO (R\$): 00

CUSTO DO BILHETE (R\$): 00

IDF (R\$): 00

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$): 00

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ: 09.248.608/0001-04

ABR-2017

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 Fabruccio 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. Volandem
 Nº 87 COMPLEMENTO Rosa dos Ventos 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

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA
 (ORIGINAL)
 (X) 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 DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU
 DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 CURAÇÃO 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, ACESSSE 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 19/01/2019
 NOME Priscila Flebner
 ASSINATURA —

14 JAN 2019

ARUANA SEGURADORA

