

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODOLFO DOS SANTOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00761

CONTA: 000000023353-6

---

Nr. da Autenticação 53208F959729B46E

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200189490 **Cidade:** Queimada Nova **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RODOLFO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 07/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ÚMERO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
ALTA MÉDICA  
PÁG. 3,4,  
ABA 1: PÁG.1,3

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147440/20

**Vítima:** RODOLFO DOS SANTOS SILVA

**CPF:** 076.667.664-16

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 07/12/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RODOLFO DOS SANTOS SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**RODOLFO DOS SANTOS SILVA : 076.667.664-16**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/05/2020  
Nome: RODOLFO DOS SANTOS SILVA  
CPF: 076.667.664-16

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/05/2020  
Nome: ANA BEATRIZ DA SILVA CINTRA  
CPF: 151.621.837-09

RODOLFO DOS SANTOS SILVA

ANA BEATRIZ DA SILVA CINTRA

---

**Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200189490**

**Vítima: RODOLFO DOS SANTOS SILVA**

**Data do Acidente: 07/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), RODOLFO DOS SANTOS SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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, 25 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200189490

Vítima: RODOLFO DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 07/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RODOLFO DOS SANTOS SILVA

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

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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, 10 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200189490

Vítima: RODOLFO DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 07/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), RODOLFO DOS SANTOS SILVA**

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 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: **RODOLFO DOS SANTOS SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000761**

Conta: **0000023353-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **076.667.664-16** 4 - Nome completo da vítima: **RODOLFO DOS SANTOS SILVA**

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

5 - Nome completo: **RODOLFO DOS SANTOS SILVA** 6 - CPF: **076.667.664-16**  
7 - Profissão: **RIGGER SINALEIRO** 8 - Endereço: **RUA MARIA DA GLÓRIA** 9 - Número: **01** 10 - Complemento: **ZONA RURAL**  
11 - Bairro: **BAIXA DO MEIO** 12 - Cidade: **GUAMARÉ** 13 - Estado: **RN** 14 - CEP: **59.598-000**  
15 - E-mail: **wwmb2012.juridico@hotmail.com** 16 - Tel. (DDD): **(84) 99688-0950**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: **0761** CONTA: **00023353** 6  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **GUAMARÉ/RN, 23 DE abril de 2020.**

*Rodolfo dos Santos Silva*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Gov<sup>o</sup> 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: 5ª DELEGACIA REGIONAL - MACAU

Endereço: RUA ABELARDO DE MELO, S/N, CENTRO, MACAU, FONE/FAX: (84) 3381 5532, E-MAIL: 8drp@m.gov.br

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020075000041

1.2 Data de Expedição: 21/01/2020 14.28.14

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligon CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 07/12/2019 16.00.00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: PI 459

2.8 Número: S/N

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.13 Cidade: QUEIMADA NOVA

2.14 Estado: PIAUÍ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: RÔDOLFO DOS SANTOS SILVA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: ROSEMIRO VITORIANO DA SILVA

3.5 Etnia: Branco

3.6 Mãe: NEUMA SILVA DOS SANTOS UMBELINO

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 07666766416

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 15/06/1987

3.13 Profissão: SINALEIRO

3.14 RG: 002039158 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 986812148

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 01

3.18 Naturalidade: MACAU RN

3.19 Bairro: CENTRO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA MARIA DA GLÓRIA

3.23 Cidade: GUAMARÉ

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

5.1.1 Nome Completo: NÃO INFORMADO

5.1.3 Nome Social:

5.1.5 Estado civil:

5.1.7 Etnia:

5.1.9 Data de Nascimento:

5.1.11 RG: Não informado

5.1.13 Profissão:

5.1.15 Passaporte:

5.1.17 Características:

5.1.18 Logradouro:

5.1.19 Número:

5.1.21 Bairro:

5.1.23 Estado:

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: \*\*\*\*\*51227

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: MOD7254

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: TOYOTA

7.1.8 Modelo: COROLLA XEM8FLEX

7.1.9 Ano do Modelo: 2009

7.1.10 Ano de Fabricação: 2008

7.1.11 Cor do veículo: PRATA

7.1.12 Tipo do veículo: AUTOMÓVEL

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: ROSENILSON DOS SANTOS SILVA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: ROSENILSON DOS SANTOS SILVA

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

QUE NO DIA, HORÁRIO E LOCAL ACIMA CITADO QUANDO ESTAVAM EM VIAGEM DE LAGOA DO BARRO PARA QUEIMADA NOVA, SOFRERAM UM ACIDENTE DO COLISÃO COM OUTRO VEÍCULO, FALTO DE MARCA FIAT. COM A ACIDENTE A VÍTIMA TEVE DUAS FRATURAS NO BRAÇO DIREITO. QUE A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A CIRURGIA E SE ENCONTRA EM PROCESSO DE RECUPERAÇÃO.

9.2 Informações do CIOSP

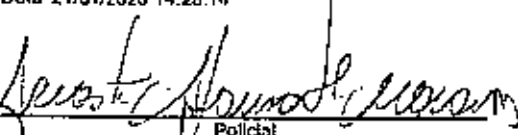
10. COMPLEMENTOS

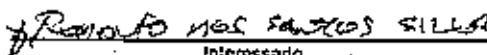
(ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data 21/01/2020 14.28.14

  
Policial

  
Interessado





Polegar direito

Atendimento: 2072734 - ARIOSTO AFONSO DE MORAIS

Impressa por: 2072734 - ARIOSTO AFONSO DE MORAIS em 21/01/2020 14:28:32

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA

120-PMESP-000043

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **076.667.664-16** 4 - Nome completo da vítima: **RODOLFO DOS SANTOS SILVA**

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

5 - Nome completo: **RODOLFO DOS SANTOS SILVA** 6 - CPF: **076.667.664-16**  
 7 - Profissão: **RIGGER SINALEIRO** 8 - Endereço: **RUA MARIA DA GLÓRIA** 9 - Número: **01** 10 - Complemento: **ZONA RURAL**  
 11 - Bairro: **BAIXA DO MEIO** 12 - Cidade: **GUAMARÉ** 13 - Estado: **RN** 14 - CEP: **59.598-000**  
 15 - E-mail: **wwmb2012.juridico@hotmail.com** 16 - Tel. (DDD): **(84) 99688-0950**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
 18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
 AGÊNCIA: **0761** CONTA: **00023353** 6  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha  
 39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **GUAMARÉ/RN, 23 DE abril de 2020.**

*Rodolfo dos Santos Silva*  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **076.667.664-16** 4 - Nome completo da vítima: **RODOLFO DOS SANTOS SILVA**

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

5 - Nome completo: **RODOLFO DOS SANTOS SILVA** 6 - CPF: **076.667.664-16**  
7 - Profissão: **RIGGER SINALEIRO** 8 - Endereço: **RUA MARIA DA GLÓRIA** 9 - Número: **01** 10 - Complemento: **ZONA RURAL**  
11 - Bairro: **BAIXA DO MEIO** 12 - Cidade: **GUAMARÉ** 13 - Estado: **RN** 14 - CEP: **59.598-000**  
15 - E-mail: **wwmb2012.juridico@hotmail.com** 16 - Tel. (DDD): **(84) 99688-0950**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: **0761** CONTA: **00023353** 6  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **GUAMARÉ/RN, 23 DE abril de 2020.**

*Rodolfo dos Santos Silva*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**SUS****Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
 Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923  
 CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: **155480 RODOLFO DOS SANTOS SILVA 32**  
 CNS: **705 8054 8054 5332** Nascimento: 15/06/1987 Sexo: Masculino  
 Mãe: NEUMA SILVA DOS SANTOS UMBELINO Pal: Prontuário: 1191826  
 Endereço: 10a RUA MARIA DA GLORIA, 1 - BAIXA DO MEIO - GUAMARE Cor: PARDA  
 Município: GUAMARE Código Municipal IBGE: 240450 UF: RN CEP: 599952225 /  
 CEP: 59598-000

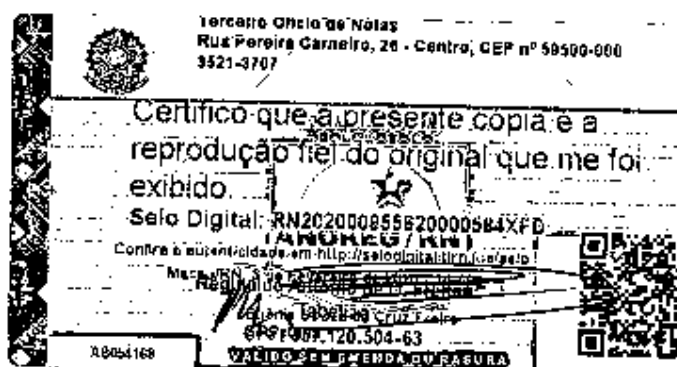
Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 36246 / 2019 NIR

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:  
 FRATURA DO UMERU DIREITO (SEGUIMENTAR)

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:  
 TRATAMENTO CIRURGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:  
 RX



Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:  
 S42.3 FRATURA DA DIAFISE DO UMERU\*408020393. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU

**Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?**  
 UMERU DIAFISARIA;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

HERMANN COSTA GOMES

CRM: 4843 / RN

Data da Solicitação 10/12/2019

**PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

( ) Acidente de Trabalho

( ) Acidente de Trabalho Típico

( ) Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Seguradora:

CNPJ da Empresa:

Nº do bilhete:

Série:

CNAE da Emp.:

CBOR:

Vínculo com previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo

( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador:

Orgão Emissor:

Data da Autorização:

Assinatura/Carimbo:

Número da Autorização:

## REGISTRO DE OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA ACIONADA: UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO

Horário: 19:00 DATA: 07/12/19

LOCAL DA OCORRÊNCIA: O.B.S

REFERENCIA:

NOME DO SOLICITANTE:

Roberto do Santos Silva

NOME DO PACIENTE:

SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	IDADE: 32 A
SAÍDA DO P.A. 19:09	CHEGADA AO LOCAL 19:09
SAÍDA DO LOCAL 19:43	CHEGADA AO HOSPITAL 20:35
SAÍDA DO HOSPITAL 22:26	CHEGADA AO P.A. 23:41

### MOTIVO DA OCORRÊNCIA:

01 <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRANSITO	07 <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO	13 <input type="checkbox"/> URGÊNCIA CLÍNICA ADULTO
02 <input type="checkbox"/> AGRESSÃO FÍSICA	08 <input type="checkbox"/> QUEDA	14 <input type="checkbox"/> JÁ REMOVIDO
03 <input type="checkbox"/> URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	09 <input type="checkbox"/> MAL SÚBITO	15 <input type="checkbox"/> FALSO CHAMADO
04 <input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO	10 <input type="checkbox"/> URGÊNCIA OBSTÉTRICA	12 <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
05 <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO	11 <input type="checkbox"/> TENTATIVA DE SUICÍDIO	13 <input type="checkbox"/> OUTROS
06 <input type="checkbox"/> QUEIMADURAS	12 <input type="checkbox"/> URGÊNCIA CLÍNICA INFANTIL	

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:		PUPILA:		FALA:	
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONDE A COMANDO	<input type="checkbox"/> IGUAIS	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL			
<input type="checkbox"/> RESPONDE A DOR	<input type="checkbox"/> DESIGUAIS	<input type="checkbox"/> CONFUSA			
<input type="checkbox"/> SEM RESPOSTA		<input type="checkbox"/> NENHUMA			
PULSO RADIAL:		SANGRAMENTO:		SINAIS VITAIS:	
<input checked="" type="checkbox"/> FORTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE	PRESSÃO ARTERIAL 120x80		SATURAÇÃO 98	
<input type="checkbox"/> FRACO	<input checked="" type="checkbox"/> MÍNIMO	PULSO 68		TEMPERATURA 36°C	
<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> MODERADO	RESPIRAÇÃO 16		GLIC. CAPILAR 80	

OBSERVAÇÕES: Paciente vítima de colisão entre dois carros. O mesmo sofreu dor no braço direito. O mesmo foi medicado pela médica da empresa quanto.

### PROCEDIMENTOS REALIZADOS

<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/> PRANCHA LONGA	<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO
<input type="checkbox"/> OXIGÊNIO	<input type="checkbox"/> PRANCHA CURTA	<input type="checkbox"/> ESFIGMÔMETRO
<input type="checkbox"/> REANIMAÇÃO CARDIO PULMONAR	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> GLICOSÍMETRO
<input type="checkbox"/> CURATIVOS	<input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL	<input checked="" type="checkbox"/> TERMÔMETRO
<input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES	<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	<input type="checkbox"/> OUTROS
CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL		ÓBITO
<input type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> ANTES DO SOCORRO	
<input type="checkbox"/> PIORADO	<input type="checkbox"/> ANTES DO TRANSPORTE	
<input type="checkbox"/> INALTERADO	<input type="checkbox"/> NO TRANSPORTE	

HOSPITAL DE DESTINO:

Hospital Regional Paulistano

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL

TÉCNICO DE ENF. SOCORRISTA

*[Assinatura]*

Maria Telia Amor do Sacramento  
Correu PI 616694



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAMARÉ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Maranhão José Tibúrcio, nº 447 - Centro.  
Cidade: 89.598-000 Tel.: (41) 3525-7138  
E-mail: [smg.guamare@pmgaj.com](mailto:smg.guamare@pmgaj.com)




## RECEITUÁRIO

### EXCERTEAMENTO

EXCERTEAMENTO DO PA-  
CIENTE ROBERTO SANTOS SILVA  
AO SERVIÇO DE PÉDICA MÉDICA  
COM QUADRO DE FRATURA DE  
ÚMERO DIREITO (S.42.3), SUB-  
METIDO A TTO. CIRÚRGICO COM  
FIXAÇÃO INTERNA E O MESMO  
NECESSITA DE 60 (SESENTA) DIAS  
DE AFASTAMENTO PARA TRATA-  
MENTO A PARTIR DESTA DATA

GUAMARÉ 17/01/2020

  
Dr. Magno P. do Carmo  
Ortopedista - Traumatologia  
Perito em Traumatologia  
CRM 2106 - FODT 598  
CPF: 188.914.804-27

Guamaré

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAMARÉ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Monsenhor José Tibúrcio, s/n - Centro.  
CEP: 59.598-000 - CNPJ(MF) 12.184.274/0001-67

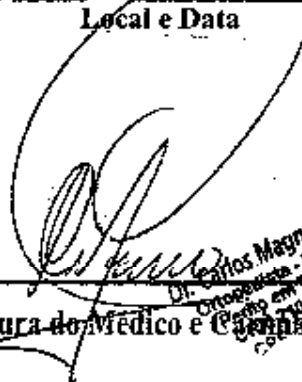


Atestado Médico

Atesto que o segurado RODOLFO DOS SANTOS  
SILVA

foi examinado nesta Unidade de Saúde às \_\_\_\_\_ Horas, necessitando de  
15, QUINZE ) dias de afastamento do trabalho,  
a partir desta data. 5.42.3.

Guamaré/RN, 25 de DEZEMBRO de 2020  
Local e Data

  
Assinatura do Médico e Carimbo com CRM  
Dr. Carlos Magno P. do Carmo  
Ortopedista - Traumatologia  
Registro em Traumatologia  
CRM 106 - T001 5961  
CRM 106 - T001 5961

Nota. Este atestado é válido para as finalidades prevista no Art. 86 do RGPS<sup>c</sup> aprovado pelo Decreto Nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificar de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAMARÉ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**HOSPITAL MANOEL LUCAS DE MIRANDA**

Rua Monsenhor José Tibúrcio, s/nº – Centro.  
CEP 59.598-000 CNPJ 08.184.442./0001-47  
Tel.: (84) 3525-2183  
E-mail: [smsguamare@hotmail.com](mailto:smsguamare@hotmail.com)



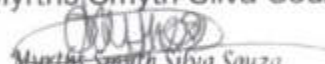
## DECLARAÇÃO

Declaro junto ao órgão Hospital Manoel Lucas de Miranda que, a Sro. Rodolfo dos Santos Silva, 33 anos, portador do RG: 002.039.158, inscrito no cadastro de pessoa física sob o número 076.667.664-16, residente e domiciliado na Rua: Maria da Gloria nº01, Baixa do Meio, Guamaré/RN, esteve nesta unidade hospitalar no dia 15 de janeiro de 2020 para realizar um procedimento cirúrgico que, de acordo com os registros deste setor era classificado como fratura segmentar do úmero direito, realizado pelo médico Dr. Carlos Magno e Narciso Nascimento

Sem mais para o momento, nos colocamos a inteira disposição para qualquer esclarecimento!

Atenciosamente: Setor de Serviço Social.

Assistente social: Myrths Smyth Silva Souza

  
Myrths Smyth Silva Souza  
Assistente Social  
CRESS/RN 6049





**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**  
**CIRURGIA GERAL**

**PACIENTE**

**RODOLFO DOS SANTOS SILVA**

**DATA DE**

15/01/2020 **HORA** 07:01 **Nº BAA** 313942

**ENTRADA**

**IDADE**

33 **SEXO** M **ETNIA** Pardo

**CARTÃO SUS**

705805482545332

**ESTADO**

Solteiro(a)

**CIVIL**

**CPF**

076.667.664-16 **RG** 002039158 - ssp

**NOME DA MÃE**

NEUMA SILVA DOS SANTOS UMBELINO

**NOME DO PAI**

ROSEMIRO VITORIANO DA SILVA

**NASCIMENTO**

15/06/1987

**NATURALIDADE** Macau-RN

**TELEFONE**

(84) 9995-2225

**PROFISSÃO**

OUTROS

**RUA/AV.**

RUA MARIA DA GLORIA Nº 01

**COMPLEMENTO**

Casa

**BAIRRO**

BAIXA DO MEIO

**CEP**

59598-000

**CIDADE**

Guamaré-RN

**ORIGEM**

Outra

**MOTIVO**

Outros / Outros

**ACID. DE TRABALHO**

Não

**USUÁRIO**

Patrícia



**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)**

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

A

B

C

D

E

**OUTRAS OBSERVAÇÕES**

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

**DIAGNÓSTICO INICIAL**

**CID**



### BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: RODOLFO DOS SANTOS SILVA  
Diagnóstico pré-operatório: FRATURA SEGMENTAR DO UNICÔ  
DIREITO  
Indicação Terapêutica: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA  
DE UNICÔ COM FIXAÇÃO INTERNA

15/01/2020

### INTERVENÇÃO

INÍCIO: 08:35 Fim: 10:10 Duração: \_\_\_\_\_  
Operador: MARCOS NASTIMENTO  
1º Auxiliar: CARLOS MAGALHÃES  
2º Auxiliar: \_\_\_\_\_  
3º Auxiliar: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: JEANE / FRANCISCA JAVARRO  
Anestesista: CATARINA SIMÃO

### RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Via de acesso - Inclusão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - técnicas empregadas  
e descrição dos procedimentos - Ligaduras e suturas empregadas - Drenagem - Curetivos  
Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Obs.:

PACIENTE SR. AUSTRÍIA, ASSÉRSIA  
CAMPOS INACIOSO, AUTÉLOROS, ASSÉCARI, RJ.  
DEU-PLACA DCP COM 12 FIOS 06. PARAFUSOS  
CURTINAS - SUTURADA POR PLACAS CURATIVAS  
TÍPIDA. OBS: INSTALANDO DRENO DE SUCCÃO

Dr. Carlos Magno R. do Carmo  
Ortopedista - Traumatologista  
Perito em Traumatologia  
CRM 2106 - TEOT 599  
"DC - 450 m + 012.1"

Assinatura,



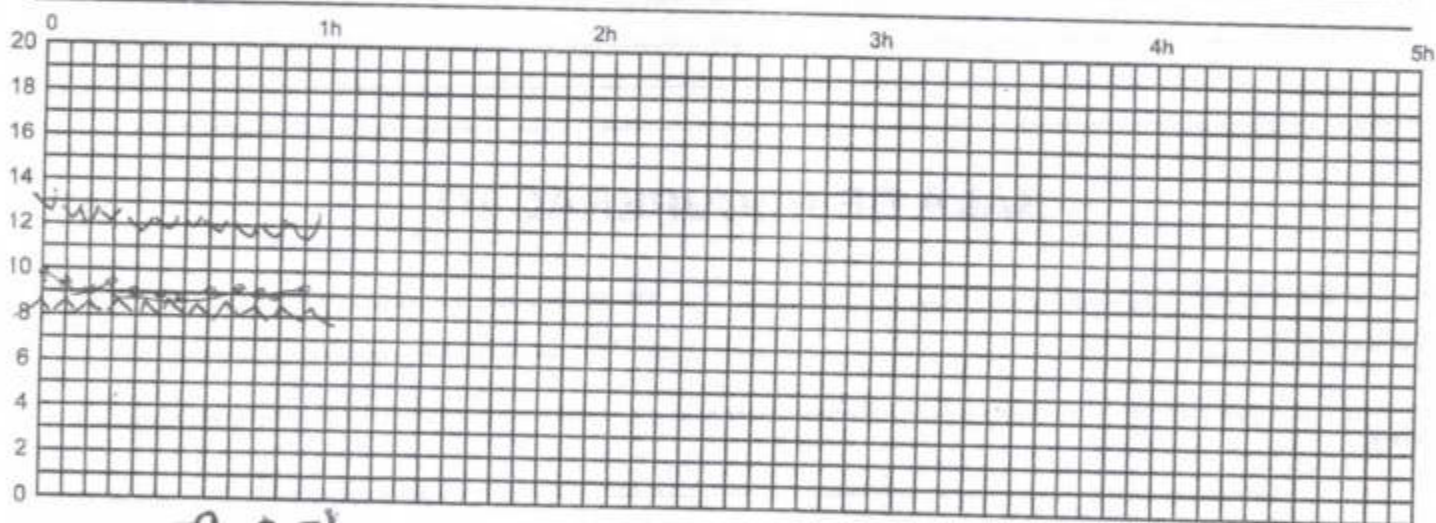


## Ficha de Anestesia

Paciente: Paulo dos Santos Sales  
Idade: 33 Sexo: M Registro: \_\_\_\_\_ ASA I  
Diagnóstico: Frag. de Ventrículo Data: 15/05/20  
Cirurgia Realizada: Estados Unidos de Ventrículo  
Cirurgião: Dr. Wagner Auxiliar: Dr. C. Wagner  
Anestesista: Dr. Catana 2903 Enfermagem: \_\_\_\_\_  
História Clínica Admissional: \_\_\_\_\_

Paciente estável de traqueia  
em ambiente controlado de anestesia, admitida  
para cirurgia em H.S.A.

Técnica Anestésica: Alargação de Pleurotorax  
Sedação Venosa



Início: 09:35h

Término: 10:10h

Anestésicos Utilizados:

- 1 Propofol 1mg
- 2 Propofol 1mg
- 3 Propofol 1mg
- 4 Propofol 1mg
- 5 Propofol 1mg
- 6 Propofol 1mg
- 7 Propofol 1mg
- 8 Propofol 1mg
- 9 Propofol 1mg
- 10 Propofol 1mg

- 11 SF 0.9% 250 + 500
- 12 SF 0.9% 250 + 500
- 13 O2 - 2l/min
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20

Encaminhamento: \_\_\_\_\_

Dr. Catana de M. Sales  
Médico  
CRM 2903

Catana Sales 2903

Assinatura do Anestesiologista - CRM

## VISITA PRÉ-ANESTÉSICA

Data da Cirurgia: \_\_\_\_\_

Cirurgia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exame Físico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exames Complementares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SALA DE RECUPERAÇÃO

Data de Admissão: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Data de Saída: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Horário de verificação										
Atividade										
Respiração										
Circulação										
Consciência										
Cor										

	ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	CONSCIÊNCIA	COR
0	S/ Mov. Membros	Apnéia, Obstrução	PA Variado + 50%	Não Responde	Cianótico
1	Mov. 02 Membros	Dispnéia, Obstrução Parcial	PA 20 - 50%	Responde a Chamada	Pálido, Letórgico
2	Mov. 04 Membros	Respira bem, tosse	PA Estável +/- 20%	Acordado	

CRITÉRIO DE ALTA
ÍNDICE DE ALDRETTE > 8

Assinatura do Anestesiologista Responsável pela alta do SRPA.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

002.039.158

23/01/2019

RODOLFO DOS SANTOS SILVA

ROSEMIRO VITORIANO DA SILVA  
HEUMA SILVA DOS SANTOS UNBELINO

15/06/1987

076.667.664-16

la. VIA

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
3D0D.6D51.81E4.0279

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 03:58:03 do dia 21/03/2016 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

RODOLFO DOS SANTOS SILVA

POLEGAR DIREITO

POLEGAR ESQUERDO

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
076.667.664-16

Nome  
RODOLFO DOS SANTOS SILVA

Nascimento  
15/06/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CAIXA  
POUPANÇA

603659 0010 56368 7184

RODOLFO DOS SANTOS SILVA

00000000000000000000

MasterCard

debito

DR

Providência  
to para u  
atividade

com dados  
as básicas  
dos perante  
to para a  
benefícios  
sua habilita-  
Fundo de

ido neste  
inscrição,  
atividades

proteção e  
de sua vida  
a validade  
de cidadão,  
e o de seus  
bém, como

PRO  
SITADOR.

VUNIRADAS

**MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO**



SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

**CARTERA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**

165 603 49 65 5

9651134 001-0 RN

Rodolfo dos Santos Silva

ASSINATURA DO TITULAR

FOTOGRAFIA TITULAR



**QUALIFICAÇÃO CIVIL**

**BRASILEIRO**

02

NOME: RODOLFO DOS SANTOS SILVA

LOC. DE NASC.: MACAU - RN

FILIAÇÃO: ROSEMIRO VITORIANO DA SILVA

NEUMA SILVA DOS SANTOS UMBELINO

DOC. APRESENTADO: RG 082838158 SSP RN

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

UR. ATUAL DE 18 DE MAIO DE 1986

RG: 002038158

T. ELETOR: 024340841843

SEÇÃO: 115

ZONA: 030

CNPJ: 078.187.554-16

LOCAL DA EMISSÃO: CENTRAL DO CIDADÃO DO ALECRIM

DATA: 08/12/2005

Assinatura do Emissor

ASSINATURA DO EMISSOR

## DECLARAÇÃO

Declaramos que CONSTA no Sistema Único de Benefícios, nesta data, a concessão do(s) seguinte(s) benefício(s) que possuam como titular o CPF nº 076.667.664-16 pertencente a RODOLFO DOS SANTOS SILVA:

Número do Benefício	Situação	Espécie	Último Pgto.	Início	Cessação
630.975.417-7	ATIVO	AUXILIO-DOENCA PREVIDENCIARIO	R\$ 1.648,41	10/01/2020	31/05/2020

*\*Último Pgto: Refere-se ao valor atualizado da renda mensal inicial, reajustado pelos índices de correção monetária. Se a espécie for Pensão Alimentícia, o valor deverá ser consultado no histórico de créditos.*



Brasília, DF, 30/04/2020

**LEONARDO JOSÉ ROLIM GUIMARÃES**  
Presidente do INSS



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/aberto/autenticidade>  
com o código 200430Y5IROA26

Dados do Veículo de placa MOD7254				Em 21/01/2020 11:03:01	
Placa MOD7254	Renavam 11711-520	Placa Anterior MOD7254/PB	Tipo 16-AUTOMÓVEL	Categoria 1-Particular	Especie 1-Resseguro
Marca/Modelo 114821-TOYOTA/COROLLA XEI 1.8 FLEX (Nacional)	Fabricação/Modelo 12668/2009	Potência 136	Combustível 16-Alcool-Gasol	Cor 10-PRATA	Logares 938-IMO APLICÁVEL
Nome do Proprietário ROSENI SON DOS SANTOS SILVA				Rocadestrado DETRAN	
Proprietário Anterior				Detran/RN	
Principio de Empacotamento				Situação Lacre	
Uso até 2019 em 11/01/2019, Encargamento Anual na lote 611654, AR-05023027501BR (CRLV emitido X Via 1)				REGULAR Portaria 2/22/2017 DENATRAN	
Restrição à Venda				Adquirido em Situação	
Sem gravame				10/07/2017 Em Duplicação	
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame				Sequência	
Nenhuma informação pendente até esta data				1448906	
Impedimentos					
Nenhum impedimento registrado até esta data					
Situação de Débitos					
Classe (Clique abaixo para o cancelamento da GUIA)	Número da Guia	Vencimento	Valor Nominal(R\$)	Valor Atual(R\$)	
Uso até 2020	3111234.9.122557177	20/03/2020	90,00	90,00	
Seguro DPVAT (Parcela Única) 2020	9.06122557170	13/04/2020	5,23	5,23	
Postagem CRLV q/ AR (CORREIOS) 2020	3111234.9.122557185	20/03/2020	7,00	7,00	
Taxa Bombeiros - Carlos ZAVI	3147908.9.122557186	20/03/2020	25,00	25,00	
Total dos Débitos			R\$ 127,23	R\$ 127,23	
Taxas Detran	Seguro DPVAT	DPVA	Multas		
122,00	5,23	0,00	0,00		
Infrachos em Aberto					
Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.					
Situação de Multas					
Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.					
Último Processo					
Processo	Interessado	Início em			
51001775/2017	04418925406	10/07/2017 às 12h03min			
Situação		Fim em			
Encerrado		12/07/2017 às 09h32min			
Serviço		Encerrado em			
Trânsito em julgado		Em 10/07/2017 às 12h03min por 00881235426			
Gerção da guia de pagamento		Em 10/07/2017 às 12h03min por 00881235426			
Auditoria		Em 11/07/2017 às 09h32min por 0088077452			
Emissão CRLV (1ª via)		Em 12/07/2017 às 09h36min por 03981342404			
Recurso de Infração					
Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.					
Histórico de Impedimentos					
Nenhum Impedimento cadastrado para este veículo.					



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO




*Neuma Silva dos Santos Umbelino*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODOS OS TER. TOPO NACIONAL

999.579 22.10.86

NEUMA SILVA DOS SANTOS UMBELINO

LUIZ RICARDO DOS SANTOS

FRANCISCA ALEXANDRE DA SILVA

GUAMARÉ RN 17.07.1962

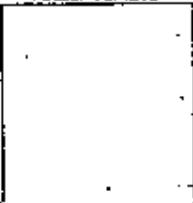
CERT. CAS. Nº 03.7.2 L.208 DO CART. DE GUAMARÉ RN

*[Signature]*

LEIA E ENTENDA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO



*Neuma S. dos Santos Umbelino*  
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - CARTÃO ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR  
**NEUMA SILVA DOS SANTOS UMBELINO**

DATA DE NASCIMENTO  
17/07/1962

Nº REGISTRO  
0066 3443 1631

ZONA  
030

SEÇÃO  
0009

MUNICÍPIO / UF  
GUAMARÉ/RN

DATA DE EMISSÃO  
11/01/2010

AUX. ELEITORAL  
*10046*

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

**CPF**

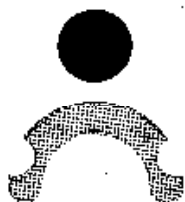
Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição

**874.626.134-68**

**NEUMA SILVA DOS SANTOS UMBELINO**

Nascimento  
17/07/1962

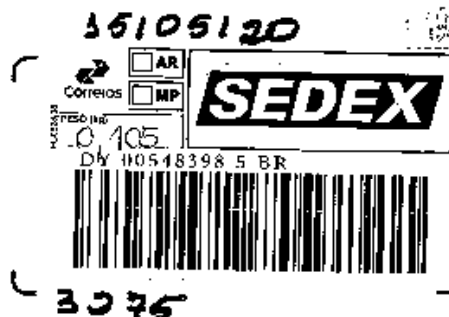




Seguro

# DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



## SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO

### POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO	TELEFONE / Phone Number
ENDEREÇO / Address	SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CEP / Zip	R. da Assembléia, 100 - 16º andar
	Centro, RJ - CEP 20011-904

ATENDIMENTO





Seguro do Acidente de Trânsito

## PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

blog: [www.viverseguronotransito.com.br](http://www.viverseguronotransito.com.br)

## SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO

POSTAGEM CUSTEADA PELA  
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
RODRIGO DOS SANTOS SILVA		84-99688-0950	
ENDEREÇO / Address		CIDADE / City	
RUA MARIA DA GLÓRIA Nº 01, BAIXADO NOVO, ecoteo.		GUARACÉ	
CEP / Zip	UF / State	PAÍS / Country	
59592-000	RN		



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)
<input type="checkbox"/> NÃO FOI SEGURO	<input type="checkbox"/> REJEITO (Rejected)	
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient address)	
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing number)	
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Undelivered)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Other)	
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1ª / / 2ª / / 3ª / /		
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / / (Reintegrated to postal service in / /)		
Data / / Responsável		

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200189490 **Cidade:** Queimada Nova **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RODOLFO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 07/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ÚMERO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
PÁG. 3,4,  
ABA 1: PÁG.1,3

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147440/20

**Número do Sinistro:** 3200189490

**Vítima:** RODOLFO DOS SANTOS SILVA

**CPF:** 076.667.664-16

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 07/12/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RODOLFO DOS SANTOS SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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