



Número: **0826822-95.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **17/07/2020**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RODOLFO DOS SANTOS SILVA (AUTOR)		WILLIAN WEMDENBERG MACEDO BEZERRA (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63684416	10/12/2020 15:32	2772100_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos

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 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





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, 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

Carta nº 15803491





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, 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:

Documentação médico-hospitalar	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

Pag. 01277/01278 - carta_03 - INVALIDEZ

00040639



Carta nº 15804179





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, 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.

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: wmb2012.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\$1.00 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0761 CONTA: 00023353 6 AGÊNCIA: CONTA:

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 5.194/74), 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 5.194/74.

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(a)? ☐ 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)

FP5.001 V002/2019





Gov
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) 3361 5532, E-MAIL: 8drp@m.gov.br

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020075000041

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 21/01/2020 14.28.14

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

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

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: PIAUÍ

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: PI 459

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: QUEIMADA NOVA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: RODOLFO DOS SANTOS SILVA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Branca

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 07666766416

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: SINALEIRO

3.15 Telefone(s): 84 986812148

3.17 Número: 01

3.19 Bairro: CENTRO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: GUAMARE

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: ROSEMIRO VITORIANO DA SILVA

3.6 Mãe: NEUMA SILVA DOS SANTOS UMBELINO

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 15/06/1987

3.14 RG: 002039158 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Nacionalidade: MACAU RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA MARIA DA GLÓRIA

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:

5.1.2 Alcunha:

5.1.4 Pai:

5.1.6 Mãe:

5.1.8 Identidade de Gênero:

5.1.10 Orientação Sexual:

5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

5.1.14 CPF:

5.1.16 Nacionalidade:

5.1.20 CEP:

5.1.22 Cidade:

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

(NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: *****51227

7.1.5 Placa: MOD7254

7.1.7 Marca: TOYOTA

7.1.9 Ano do Modelo: 2009

7.1.11 Cor do veículo: PRATA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: ROSENILSON DOS SANTOS SILVA

7.1.17 Nome do condutor: ROSENILSON DOS SANTOS SILVA

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: COROLLA XEM8FLEX

7.1.10 Ano de Fabricação: 2008

7.1.12 Tipo do veículo: AUTOMÓVEL

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

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, PÁLIO 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

J2020075000041 - Código de autenticação: 3f581b8da8dc25e9f8804be09bdd68eb

Página 12





Polígono 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 OCORRÊNCIA

12121015322041200000061035821



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 POUPANÇA (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)

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(a)? ☐ 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)

FP5.001 V002/2019



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 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: **0761** CONTA: **00023353** 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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(s) (nascido(s)? ☐ 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)

FP5.001 V002/2019

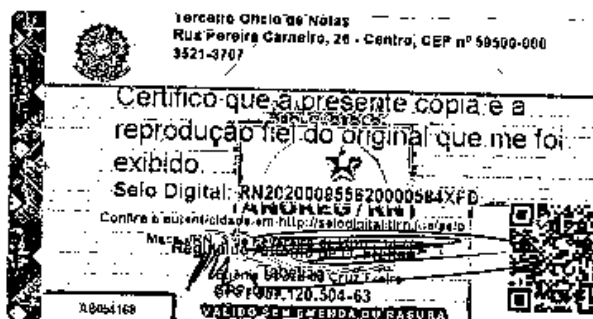


SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ouCNES: 2653923
CNES:**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**Nome: **155480 RODOLFO DOS SANTOS SILVA 32**
CNS: **705 8054 8554 5332** Nascimento: 15/06/1987 Sexo: Masculino
Mãe: NEUMA SILVA DOS SANTOS UMBELINO
Endereço: 10a RUA MARIA DA GLORIA, 1 - BAIXA DO MEIO - GUAMARE
Município: GUAMARE
Código Municipal IBGE: 240450 UF: RNProntuário: 1191826
Cor: PARDA
3525.6105
Fone: 999952225 /
CEP: 59598-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 36246 / 2019

NIR

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃOPRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
FRATURA DO UMERO DIREITO (SEGUIMENTAR)CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TRATAMENTO CIRURGICORESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S42.3 FRATURA DA DIAFISE DO UMERO*408020393. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?
UMERO 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:

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

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador:

Órgão 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. REFERÊNCIA:

NOME DO SOLICITANTE: Rodolfo do Santos Silva

NOME DO PACIENTE:

SEXO: ☒ M ☐ F	IDADE: 32a
SAÍDA DO P.A. 19:09	CHEGADA AO LOCAL 19:09
SAÍDA DO LOCAL 19:43	CHEGADA AO HOSPITAL 20:38
SAÍDA DO HOSPITAL 22:26	CHEGADA AO P.A. 23:49

MOTIVO DA OCORRÊNCIA:

☒ 01 ACIDENTE DE TRANSITO	☐ 07 CHOQUE ELÉTRICO	☐ 13 URGÊNCIA CLÍNICA ADULTO
☐ 02 AGRESSÃO FÍSICA	☐ 08 QUEDA	☐ 14 JÁ REMOVIDO
☐ 03 URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	☐ 09 MAL SUEITO	☐ 15 FALSO CHAMADO
☐ 04 ENVENENAMENTO	☐ 10 URGÊNCIA OBSTÉTRICA	☐ 12 TRANSFERÊNCIA
☐ 05 AFOGAMENTO	☐ 11 TENTATIVA DE SUICÍDIO	☐ 13 OUTROS
☐ 06 QUEIMADURAS	☐ 12 URGÊNCIA CLÍNICA INFANTIL	

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:		PUPILA:		FALA:	
☒ RESPONDE A COMANDO	☐ IGUAIS	☐ NORMAL			
☐ RESPONDE A DOR	☐ DESIGUAIS	☐ CONFUSA			
☐ SEM RESPOSTA		☐ NENHUMA			
PULSO RADIAL:		SANGRAMENTO:		SINAIS VITAIS:	
☒ FORTE	☐ AUSENTE	PRESSÃO ARTERIAL 120x80		SATURAÇÃO 98	
☐ FRACO	☒ MÍNIMO	PULSO 68		TEMPERATURA 36°C	
☐ AUSENTE	☐ MODERADO	RESPIRAÇÃO 16		GLIC. CÁPILAR 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

☐ ASPIRAÇÃO	☐ PRANCHA LONGA	☒ OXÍMETRO
☐ OXIGÊNIO	☐ PRANCHA CURTA	☐ ESFIGMÔMETRO
☐ REANIMAÇÃO CARDIO PULMONAR	☐ KED	☐ GLICOSÍMETRO
☐ CURATIVOS	☐ COLAR CERVICAL	☐ TERMÔMETRO
☐ IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES	☐ ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	☐ OUTROS
CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL		ÓBITO
☐ MELHORADO		☐ ANTES DO SOCORRO
☐ PIORADO		☐ ANTES DO TRANSPORTE
☐ INALTERADO		☐ NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO: Hospital Regional Paulistano

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL	TÉCNICO DE ENF. SOCORRISTA
	Maria Feliça Amaral de Sousa Correu PI 616694





PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAMARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Marquês José Tibério, nº 427 - Centro
CEP 95.596-000 Tel.: (51) 3325-2128
E-mail: smg.guamaré@pmg.rs.gov.br



RECEITUÁRIO

EVOLUTIVO

EXAMINADO O PA-
ciente ROBERTO SANTOS SILVA
AO SERVIÇO DE PRONTO-SOLTO
COM QUEIXA DE FRATURA DE
ÚMERO DIREITO (S.42.3), SUB-
METIDO A TTO. CIRÚRGICO COM
FIXAÇÃO INTERNA E O MESMO
NECESSITA DE 60 (SESSENTA) DIAS
DE AFASTAMENTO PARA TRATA-
MENTO A PARTIR DESTA DATA

GUAMARÉ 17/01/2020


Dr. Wagner P. do Carmo
Ortopedista - Traumatologia
Ponto em Traumatologia
CRM 2106 - RCO 598
CPF: 190.914.804-22





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 Especialidade
CRM 1005 - FSC 5981
CRM 1005 - FSC 5981

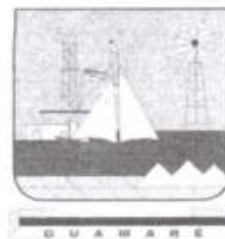
Nota. Este atestado é válido para as finalidades prevista no Art. 86 do RGPS^o aprovado pelo Decreto Nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificar de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.





**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



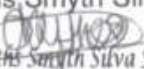
DECLARAÇÃO

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

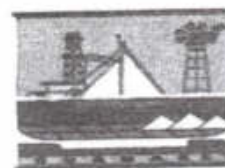
Sem mais para o momento, nos colocamos a inteira disposição para qualquer esclarecimento!

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 ENTRADA	15/01/2020	HORA	07:01	
IDADE	33	SEXO	M	
CARTÃO SUS	705805482545332	ETNIA	Pardo	
		ESTADO CIVIL	Solteiro(a)	
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 DE UNICÔ
DIREITO
Indicação Terapêutica: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA
DE UNICÔ COM FIXAÇÃO INTERNA

INTERVENÇÃO

INÍCIO: 09:35 Fim: 10:10 Duração: _____
Operador: MARCOS NESTOR
1º Auxiliar: CARLOS MAGNU
2º Auxiliar: _____
3º Auxiliar: _____
Instrumentador: JEANE / FRANCISCA JAVIERO
Anestesista: CATIANA SIMÃO

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

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

PAQUETE SUR AVENTURA, ALESTRIA,
CARLOS MAGNU, AUTOPRÉ, ASSECA, RE,
DECAU, PLACA DE P COM R FURAS DE, PARAFUSO
CORTICIAS, SUTURADA, PRA PLAVIS CURATIVAS
TÍDIA, OBS: INSTALANDO DRENO DE SUCCAO

[Assinatura]
Dr. Carlos Magno R. do Carmo
Ortopedista - Traumatologista
Perto em Traumatologia
CRM 2108 - TEOT 506
- OC - 498 m - 212, 21

Assinatura,



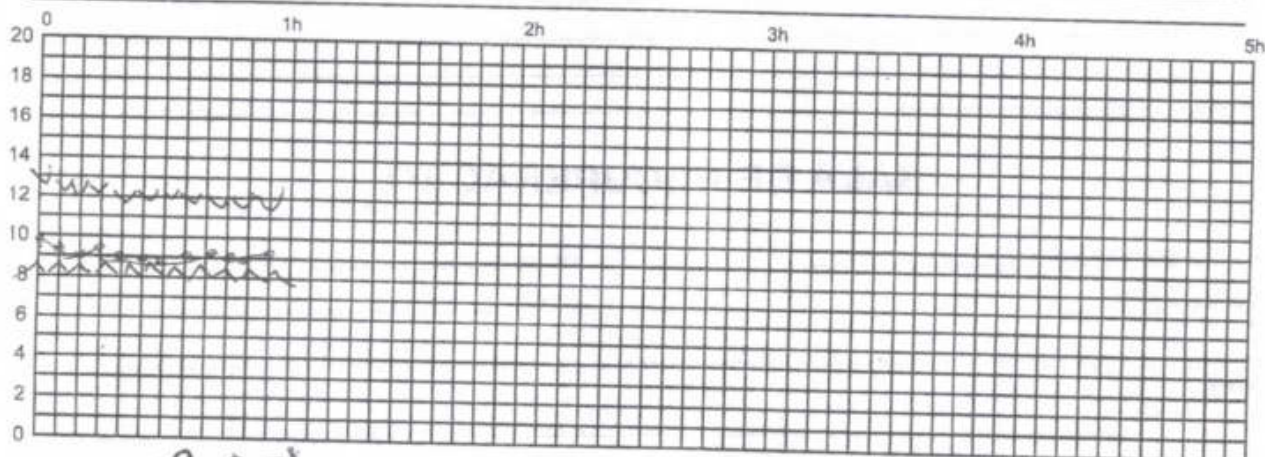


Ficha de Anestesia

Paciente: Paulo dos Santos Sales ASA I
Idade: 33 Sexo: M Registro: _____ Data: 15/08/20
Diagnóstico: Fra. de Vagina
Cirurgia Realizada: Exatometria de Vagina
Cirurgião: Dr. J. J. J. J. Auxiliar: Dr. C. J. J.
Anestesista: Dr. Catania 2903 Enfermagem: _____
História Clínica Admissional: _____

Paciente portadora de trombose
em membro superior esquerdo, e trombose
venozas em M.S.D.

Técnica Anestésica: Blqueio de Plexo braquiopoplíteo
Seletivo Vaso



Início: 09:35h
Anestésicos Utilizados:

Término: 10:10h

1. Amoxicilina 500mg
2. Propofol 0,5mg
3. Fentanyl 100mcg
4. Propofol 20mg
5. Propofol 10mg
6. Propofol 10mg
7. Propofol 10mg
8. Propofol 10mg
9. Propofol 10mg
10. Propofol 10mg

11. SE 0,9% 250 + 500
12. SE 0,9% 250 + 500
13. O₂ - 2L/min
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____

Encaminhamento: _____

Dr. Catania de M. S. J.
Médico
CRM 2903

Catania de M. S. J. 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	Dispneia, Obstrução Parcial	PA 20 - 50%	Responde a Chamada	Pálido, Letóxico
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.





RODOLFO DOS SANTOS SILVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CPF: 002.039.158 Data: 23/01/2019

RODOLFO DOS SANTOS SILVA

ROSEMIRO VITORIANO DA SILVA
HEUMA SILVA DOS SANTOS UNBELINO

MACAU RN

CERT. DE NASCIMENTO L-8007 E-299 RS-4859
GUANARE RN-CARTÃO UNICO CARTÃO 16

076.667.664-16

15/06/1987

3a. VIA

CÓDIGO DE CONTROLE
3D8D.6D51.81E4.0279

A autenticidade desta comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 03:56:03 do dia 21/03/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

CAIXA
POUPANÇA

603650 0010 56368 7184
RODOLFO DOS SANTOS SILVA

0000 0000 0000 0000

Mastcard
debito

62 QUALIFICAÇÃO CIVIL
BRASILEIRO

ASSINATURA DO EMISSOR

LOCAL DA EMISSÃO: CENTRAL DO CIDADÃO DO ALCERIM
DATA: 08/12/2005
CPF: 078.047.654-16
ZONA: 030
T. ELETOR: 024340941643
SEÇÃO: 115
LOCAL: 030

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
DOC. APRESENTADO: RG 082039150 SSP RN
FILIAÇÃO: ROSEMIRO VITORIANO DA SILVA
LOCAL DE NASCIMENTO: MACAÚ - RN
NOME: RODOLFO DOS SANTOS SILVA

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO
SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTeira DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

165 603 49 65 5

9651134 001-0 RN

ASSINATURA DO TITULAR

RODOLFO DOS SANTOS SILVA

165 603 49 65 5

165 603 49 65 5



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-Resíduo	Legenda S
Marca/Modelo 114821-TOYOTA/COROLLA XEI 1.8 FLEX (Nacional)	Fabricação/Modelo 12/08/2009	Potência 1136	Combustível 16-Alcool-Gasol		Cor 10-PRATA	Chassi 939-VAD-APLICAVEL
Nome do Proprietário ROSENILSON DOS SANTOS SILVA				Rocadestrado DETRAN		
Proprietário Anterior				Denatran		
Município de Emprego				Situação Licença		
GLAMARE				REGULAR Portaria 2/2/2017 DENATRAN		
Restrição à Venda				Adquirido em Situação		
Sem gravame				10/07/2017 Em Obrigação		
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						
Liquidação de Débitos						
Classe (Clique abaixo para o envio da GUIA)			Número da Guia	Vencimento	Valor Nominal(R\$)	Valor Atual(R\$)
Licenciamento Anual 2020			3111234.9.122557177	20/03/2020	99,00	99,00
Seguro DPVAT (Fazenda Unica) 2020			9.06122557170	14/04/2020	5,23	5,23
Poligrama CRLV of AR (CORREIOS) 2020			3111234.9.122557185	20/03/2020	7,00	7,00
Tela Bombas - Carlos 2020			3147995.9.122557186	20/03/2020	75,00	25,00
			Total dos Débitos:		R\$ 127,23	R\$ 127,23
Fatura Detran			DPVAT	DPVA	Multas	
122,00			5,23	0,00	0,00	
Infracham em Autuação						
Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.						
Utagem 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		17/07/2017 às 09h32min				
Serviço		Exatidão em				
Transferência entre UF		Em 10/07/2017 às 12h03min por 00881235426				
Gerção da guia de pagamento		Em 10/07/2017 às 12h03min por 00881235426				
Auditoria		Em 21/07/2017 às 09h37min por 00888072452				
Emissão CRLV (1ª via)		Em 21/07/2017 às 09h36min por 03961342406				
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 GENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

Neuma Silva dos Santos Umbelino

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODOS OS TER. DO 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 03.2 L.208 DO CART. DE GUAMARÉ RN

[Signature]

LE Nº 1204-01/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO



Neuma S. dos Santos Umbelino

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM FOLHA O ABRA - AUTÊNTICA ELETRÔNICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR
NEUMA SILVA DOS SANTOS UMBELINO

DATA DE NASCIMENTO 17/07/1962 Nº INSCRIÇÃO 0066 3448 7651 ZONA 030 SEÇÃO 0009

MUNICÍPIO / UF GUAMARÉ/RN DATA DE EMISSÃO 11/01/2010

10046

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

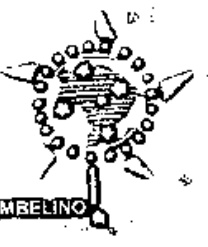
CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

874626134-68

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 / Av	SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CEP / Zip	R. da Assembléia, 100 - 16º andar
	Centro, RJ - CEP 20011-904

ATENDIMENTO





O Seguro do Acidente de Trânsito

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: 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

@dpvat_oficial

@DPVAToficial

DPVAToficial

seguradoralider-dpvat

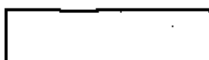
BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO**
**POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
RONDILDO DOS SANTOS SILVA		8499688-0950	
ENDEREÇO / Address RUA MARIA DA GLÓRIA Nº 01, BRUNO NOVO, centro.			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
59598-000	GUARARÉ	RN	



"RECYCLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



DEVOLUÇÃO (Return)		(Cont.)
☐ NÃO QUERO DEVOLVER	☐ REJEITADO (Rejected)	
☐ RECUSADO (Refused)	☐ TITULAR DO INSUFICIENTE (Insufficient)	
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
☐ NÃO PROCURADO (Not found)	☐ OUTROS (Other)	
☐ AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1ª / / às 2ª / / às 3ª / / às		
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for document or condo manager)		
☐ Reintegrado ao serviço postal em / / (Reintegrated to regular post)		
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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/12/2019

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 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.

