

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: 21/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03483

CONTA: 000000023046-8

Nr. da Autenticação 12608B8F6F82248E

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462768 **Cidade:** Apodi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 4º E 5º METATARSOS ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.6)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265352/19

Vítima: ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS

CPF: 701.389.964-07

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 04/05/2019

Titular do CPF: ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

HELANO GUILHERME GOIS E SILVA : 098.307.284-12

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS : 701.389.964-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/08/2019
Nome: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA
CPF: 098.307.284-12

HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
PARTE DE LICENÇA DE CONDUTORES

Nome: HELLANO GUILHERME GOIS E SILVA

Doc. Identific. / Org. Emissor: 002993692 SSP RJ

CE: 099.307.284-12 **Data Emissão:** 11/08/1991

Nome: HELLANO DA SILVA NETO
Nome Mãe: RIGNEA LEITE DE GOIS

Sexo: M **Estado Civil:** C **Profissão:** AD

DT. Nascimto: 06/06/1997 **DT. Validade:** 09/02/2013 **DT. Exatidão:** 31/08/2013

Participações:
CETV:

Nome do Titular: HELLANO GUILHERME GOIS E SILVA
Assinatura do Titular:

Local: REODY RN **Data de Emissão:** 02/02/2017

Assinatura do Emissor: 42109514163
08702514498

Estado: RIO GRANDE DO NORTE

Validade em todo o território nacional: 1467514941

Proibido Plástico: 1467514941

PROTOCOLO
RECEBIDO
05 AGO 2019
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SECOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CAMPEZINHO ADONIRAS DE MORAIS SACAN

ANTONIO ADONIRAS DE MORAIS

CPF: 003049857 RG: 88

CPF: 701.389.964-07 Data de Nascimento: 07/09/1993

Nome: ANTONIO ADONIRAS DE MORAIS
 Nome da Mãe: MARIA RITA DE MORAIS

Estado: PERNAMBUCO Sexo: M Cor: BRANCA

Data de Emissão: 02/05/2014

Data de Validade: 02/05/2014

Data de Validade: 02/05/2014

EXERCÍCIO DEVE SER REMOVIDO

Assinatura do Responsável Técnico

Assinatura: APOLIO, EN

Data de Emissão: 05/05/2014

CPF: 003049857 RG: 88

DETRAN - RUA DO CRISTO, 100 - JARDIM



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 39523 - ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS (25 a 8 m 28 d)

Nascimento: 07/08/1993

Natural: APODI.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 706204068777367

CPF: 70138996407

Prof:

Mãe: MARIA RITA DE MORAIS

Pai: ANTONIO ANDAILTON DE MORAIS

Logradouro: SÍTIO VERTENTE, 1

CEP: 59700000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: APODI

Telefone: 84.999928527

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS: SEM REGULAÇÃO.DR FRANCISCO DE ASSIS.FELIPE GUERRA.

Classificação:

PESO:

04/05/2019 17:22:16

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE ENCAMINHADO COM QUEIXA DE QUEDA DE MOTO COM LESÃO LACERADA EM PE ESQUERDO COM FRATURA EXPOSTA E EXPOSIÇÃO DE TENDÕES.

Hora: 17:25
 Presente a história de colisão moto moto no processo de atendimento. H. Comulugido ao RPTM pelo ambulatório de Felipe Guerra. Não houve de exposte. Não houve de lesão de tendão. Não houve de lesão de tendão.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ
 KLEBER
 SAME / ARQUIVO

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
1) CEFOTRIM 2g IV. Agora		20h	
2) DILUENTE 3g IV. Agora		20h	
3) FILTRIL 40mg IV. Agora		20h	

PROTOCOLO
 RECEBIDO
 05 AGO 2019
 TERRA DO SOL ADM
 E CORRIGIDA DE CEC

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Pre CID, PROC)

CID: 92.1 Proc: 040800902 Data: 04/05/19. Hr: 17:25

Médico:

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 04 de Maio de 2019. (Assinar e Carimbar)



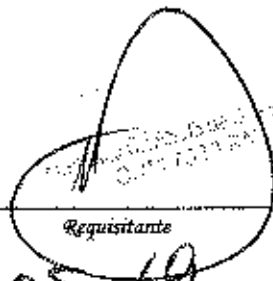
PREFEITURA DE FELIPE GUERRA/RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE
Dr. Eilson Gurgel do Amaral

RECEITUÁRIO

Para: Antonio Adomário
de Moraes
Encaminho

Queda de moto,
com lesão lacerada
em pé esquerdo, com
fratura exposta e
exposição de tendões.

UNIDADE REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME ORIGINAL
AME MOSSORO
04/05/19
BANE / ARQUIVO


Requisitante

F. Guerra/RN,

04, 05, 19

Av. Mira Selva, nº 1259, Cidade Alta - Fone (84) 3329 - 2256

PROTOCOLO
RECEBIDO
05 AGO 2019
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE FISC

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2503689
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE		8 - Nº DO PRONTUÁRIO	
ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS (8 - 2282/2019)		207366	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	9 - DATA DE NASCIMENTO	10 - SEXO	10.1 - ETNIA
706204068777367	07/08/1993	Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	PARDA
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO	
MARIA RITA DE MORAIS		Nº DO TELEFONE	
		999928527	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO	
ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS		Nº DO TELEFONE	
		999928527	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
SÍTIO VERTENTE, 1 / - ZONA RURAL			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF
APODI		240100	RN
		19 - CEP	
		59700000	

- JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
PETE VITIMA DE COLISÃO MOTOCICLETA, COM TRAUMA NO PEº ESQ. EF: FCC EXTENSO AO SE MIO DO PEº (E), COM EXPO- SICÃO DE FX DO SE MTT. RX COM FX DO SE MTT E FOLARER PROXIMAL DO 4º PDE.			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO			
NECESSIDADE DE TTT CIRÚRGICO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
HISTO RX CLINICA + RX			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO			
24 - CID 10 PRINCIPAL		25 - CID 10 SECUNDÁRIO	
S92.3		S92.3	
26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.			

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS		408050462	
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSIS(ENTE)
CIR	2	() CNS ☒ CPF	043.593.204-52
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSIS(ENTE)		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA DO REGISTRO DO CONSELHO
DANILO LOPES DE PAIVA		04/05/2019	Ortopedia e Traumatologia

-PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	30 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
	37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			44 - CBO	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO				

AUTORIZAÇÃO

25 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR		47 - COD. ORGÃO EMISSOR	52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
LIGINEY LINO DE OLIVEIRA			
18 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
(X) CNS () CPF		980016001835585	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)		

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 2282 /2019

Prontuário: 207366

Paciente: 39523 - ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS

Cartão SUS: 706204068777367

CPF: 70138996407

Dt Nasc: 07/08/1993

Idade: 25 anos 8 meses 28 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA RITA DE MORAIS

Nome do pai: ANTONIO ANDAILTON DE MORAIS

Rua/Av: SITIO VERTENTE

Nº: 1

Bairro: ZONA RURAL

Complemento:

CEP: 59700000

Cidade: APODI

Telefone: 84 999928527 84 999928527

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Unidade: OBS MASCULINA

Leito: 1. 49E

Responsável: ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS -

Usuário: KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA

Admissão: 04/05/2019 19:04:41

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S92.3 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO
408050462 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO
BAME / ARQUIVO

MOSSORO, 04 de Maio de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Ortop - LQ: 05/11

POTE VITUA DE COLISAO METOXATO, com
trauma no PE (E)

EP. FCC EXTENSA NA DORSO A SE NAIO DO PE
(E), com EXPORTE DO PE de SE MTT.

Rx: FX SE MTT + FALANTE proximo do 4º PDR

CONDIC: - INTERMEDIAR HOSPITALAR

- 178

- Exatidão no CC.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
BAME MOSSORO

BAME / ARQUIVO

Dr. Danilo L. da Paiz
Ortopedia e Traumatologia
Chefe de Equipe



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome ANTONIO ADAMAIO DE MORAIS Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: FX EXPOSTA SE MTT (B)

Indicação terapêutica: _____

INTERVENÇÃO

Início: 22:25 Fim: 23:00 Duração: 45 min

Operador DR. DANILO RAIÇA

1ª Auxiliar: DR. FABIO ROBERTO

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: DR. JOÃO MARCELO

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME ATENDIMENTO
BASE MOSSORÓ
22/05/19
Wesley
BASE: ARQUIM

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - Ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada ☒ Contaminada () Infectada

(1) RTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA; (2) ASSEPSIA + ANTISEPSIA DO MIE COM CLORÉXIDINE; (3) COLOCAÇÃO DE CAMAS CIRÚRGICAS ESTERÉIS; (4) LAVAGEM ABUNDANTE COM SF 0,9%, DE FX EXPOSTA CONTUOTA DO SE MTT; (5) RESUMO CALENTA E FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM PK, COM ALINHAMENTO FUNCIONAL; (6) SUTURA DE FEC DE RETAL AO PE ESQ (8) CURATIVO SIMPLES; (7) CONFECÇÃO DA TALA SURRODILICA NO MIE; (8) OBSERVAÇÃO BOA PERCUTÃO DISTAL AO FINAL DO PROCEDIMENTO; (9) A RPA.

Dr. Danilo Raiça
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15308



EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS Leito: _____

DATA	EVOLUÇÃO
04/05/19	#ROI DE LMC + FX. PERCUTÂNEA DE FX EXPOSTA AO 5º MT+ (E)
	SUBMETIDO A TTT CIRÚRGICA + MOBIL- ZADO.
	CADUTA: - ATB
	- IMOBILIZAÇÃO

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

SAME / ARQUIVO

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
04/05/19	1) DIETA ORAL LIVRE			
	2) SF 0,9% 1000 ml, IV, 24h		22h	
	3) TRAMADOL 100mg + 100ml SF 0,9%, IV, 08/08h			
	4) DIPIRONA 500mg, IV, 06/06h		22h	
	5) TILIDIL 40mg, IV, 04x/DIA		22h	
	6) PARAL 10mg, IV, 08/08h, 5x			
D1	7) CIPROFLOXACINA 400mg, IV 12/12h		22h	
D1	8) CLINDAMICINA 600mg, IV, 06/06h		22h	
	9) TALA DE CURATILHO NO PE-ESQ, EM DIAS ALTERNADOS			
	10) MANTER TALA NO MIE PASSIVO 06/06h			

Dr. Danilo L. de Paiva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.100

DATA: 07/05/2019

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC
DATA DA ADMISSÃO: 04/05/19

Leito: 301-4

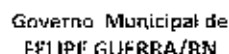
25 ANOS

APQDI - RN CÓDIGO: 39523

DATA	EVOLUÇÃO
	3º DIH + 3º DPO POR LMC + FIXAÇÃO COM FIO DE KIRCHNER EM 5 METATARSO ESQUERDO QP: PACIENTE SEM QUEIXAS ALIMENTA-SE ADEQUADAMENTE POR V.O. DIURESE PRESERVADA... EF: BEG, COTÉ, EUPNEICO, NORMOCORADO AFEBRIL ABD PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA ECV: RCR EM 2T BNF SS SE AR: MV+ AHT SEM RA CURATIVO COM SANGRAMENTO DESPREZÍVEL SITUAÇÃO : LABORATÓRIO (06/05): 14.6 LEUCO: 9800 PLAQT: 221 MIL UR: 34 CREAT: 1.0 GLICOSE: 103 TGO: 24 TGP: 25 NA: 139 K: 4.0 CA: 3.3 CD: VPM

	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA LIVRE	
2	SFO, 9% 1500 ML EV PARA 24 HORAS	
3	DIPIRONA 300MG/ML, 2ML+ 18 ABD EV 6/6H.SN	
4	TRAMAL 50MG/ML, 2ML+100 SF 0,9%, 8/8HRS, EV.SN	
5	TILATIL 20MG+ 10 ML ABD, 12/12 HRS, EV.	
6 D2	CIPROFLOXACINO 400 MG+ SF 0,9 % 100 ML 12/12 HS EV	
D2	CINDAMICINA 600MG EV 6/6 HS DILUÍDO	
7	ASSISTENCIA MULTIPROFISSIONAL	
8	PLASIL 01 AMP+ ABD EV SOS	
9	TRATAMENTO DIARIO DA FERIDA	
10	SSVV+CCGG	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ
SAME / ARQUIVO



Av. Mira Selva, s/nº, Centro – Fone: (84) 3329 – 2256
E-mail: smsfelipequerra@rn.gov.br



DATA: 04/05/19 HORA DA ENTRADA: 18:56 hs

Médico / CRM

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

303.389.964-07

ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP. Nº 40/2012

Nome completo:

ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

SÍTIO VERTEENTE

Bairro:

BAIXA GRANDE/ÁREA RURAL

Cidade:

APODT

Estado:

RN

CPF:

303.389.964-07

Número:

938

Complemento:

CASA

CPF:

39400-000

Tel. (DDD):

(84) 99998-3065

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3483

CONTA:

23046

8

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

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

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

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

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

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

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

PROTOCOLADO
RECEBIDO
08/04/2019

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SECA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (val nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Impressão

digital da

vítima ou

beneficiário

não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

BAIXA GRANDE - RN / 27 DE MARÇO DE 2019

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Antonio Adamario de morais
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes de assinar. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





PROTOCOLO
RECEBIDO
05 AGO 2019
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEC



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE POLÍCIA DE APODI

Telefone: (84) 3333-2737

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 333/2019



Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo do Acidente: Colisão

Data e Hora do Acidente: 04/05/2019 às 15h40min.

Local da Ocorrência: Sítio Rio Novo- zona rural de Apodi/RN

Comunicante: A vítima

Identidade RG.:

Profissão: Agricultor

CPF:

Telefone: 9.9889-9230

Identificação da Vítima:

Nome: **ANTONIO ADAMÁRIO DE MORAIS**

Identidade RG.: 3.044.467

CPF: 701.389.964-07

Naturalidade: Apodi/RN

Data Nascimento: 07/081993

Pai: Antônio Andailton de Moraes

Mãe: Maria Rita de Moraes

Endereço: Sítio Vertente- Zona rural de Apodi/RN

Condutor ou Passageiro? Condutor CNH: 06058688833

Identificação do Veículo:

Tipo: MOTOCICLETA

Marca/Modelo: HONDA/NXR BROS ESD

Placa: QGB5243

Cor: VERMELHA

Chassi: 9C2KD0800FR025249

RENAVAM: 010049850162

Proprietário: ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS

ANO: 2015/2015

Condutor: ANTONIO ADAMÁRIO DE MORAIS

PROTÓCOLO
RECEBIDO

05 ABO 2019

TERRA DO SOL ADM
DELEGACIA DE POLÍCIA

HISTÓRICO:

O comunicante comparece a esta delegacia para formalizar a ocorrência de ACIDENTE DE TRANSITO (colisão); Que seguia na estrada carroçável do Sítio Rio Novo, zona rural de Apodi, quando, ao passar em uma curva, colidiu com outra motocicleta com dois indivíduos presentes; Que a vítima conseguiu, sozinha, seguir até o Hospital de Felipe Guerra; Que a vítima foi transferida para o Hospital Tarcisio Maia na cidade de Mossoró; Que a vítima sofreu fratura exposta no dedo mínimo do pé esquerdo e o pé esquerdo em dois locais distintos em decorrência do acidente; Que as pessoas de Helano Guilherme Gois e Silva RG: 2.393.092 e Suianny de Souza Góis- CPF: 104.071.154-55 tomaram conhecimento do acidente. E nada mais disse.

OBS.: É de inteira responsabilidade do/a comunicante, a informação prestada neste BO. Se comprovadamente falsa a comunicação, sujeitar-se-á o responsável as sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável - Artigo 340 do Código Penal.

Providências: Registro do fato; Expedição do BO.

Local e data deste Registro: Apodi, 13 de maio de 2019.

Antonio Adamário de Moraes

Comunicante / Vítima

HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Testemunha:

Suianny de Souza Góis

Testemunha

APC - Izabel Aprílda de Carvalho Neta
Matrícula. 129 235-8

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462768

Vítima: ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS

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, 28 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462768

Vítima: ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000003483**

Conta: **0000023046-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462768 **Cidade:** Apodi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 4º E 5º METATARSOS ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.6)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00