



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8719980

A/C: JHONSON MIKARLOS DE SOUSA MOTA

Sinistro: 3160134322
Vitima: JHONSON MIKARLOS DE SOUSA MOTA
Data Acidente: 11/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 02 de Março de 2016

Carta nº: 8777893

A/C: JHONSON MIKARLOS DE SOUSA MOTA

Sinistro: 3160134322
Vitima: JHONSON MIKARLOS DE SOUSA MOTA
Data Acidente: 11/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **23/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2016

Carta nº 9606946

a/c: JHONSON MIKARLOS DE SOUSA MOTA

Sinistro: 3160134322 ASL-0097309/16
Vitima: JHONSON MIKARLOS DE SOUSA MOTA
Data Acidente: 11/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

PREENCHIDO PELA SEGURADORA

EU, JHONSON MIKARLOS DE SOUSA MOTA

EM: 25.05.2015 E

• O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

União
Seguradora
respeitando a legislação vigente

24 FEB 2016



AUTO-ATENDIMENTO - AG. MOSSORO

DATA: 27/11/2015

HORA: 14:21:24

TERMINAL: 05601029

CONTROLE: 056010290486

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA
DE VALORES - TEV

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA : 1013 / UFERSA

CONTA : 013.00.010.888-5

NOME : ALCILENE LEAL DA SILVA

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA : 3064 / TERRA DO SAL

CONTA : 013.00.035.129-5

NOME : JHONSON MIKARLOS DE SOUSA MOTA

DATA DE EFETIVAÇÃO : 27/11/2015

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.



Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

REG. REC. FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel 150, Bairro Nazaré, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 (Insc. Est. 20053199-0) www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARLUZA DE SOUSA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA LUIZ NICODEMOS FIGUEIREDO 114
INTEGRAÇÃO

CPF 722.471.654-87 NIS 12496342170

ABOLICAÇÃO/ÁREA URBANA
MOSSORO RN
59616-420

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

UF DA NOTA FISCAL 000898020
Nº DA FISCAL UNICA
DATA DE EMISSÃO 18/02/2015

7º APRESENTAÇÃO 18/02/2015
Nº DO CONTRATO 2010318474
Nº DA INSTALAÇÃO 477312

CONTRA-CONTRATO	7003360649	MÊS/ANO	02/2015
DATA DE VENCIMENTO	26/02/2015	DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA	20/03/2015
TOTAL A PAGAR (R\$)	45,47		

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,15718400	4,71
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,26942400	18,85
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	25,0000000	0,40413600	10,10
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,98
Contribuição Iluminação Pública			3,29
ICMS-Parcela Subvencionada			4,24
Multa por atraso-NF 000892289 - 19/12/14			1,23
Juros por atraso-NF 000892289 - 19/12/14			0,51
Pagamento Interrupção Energia			-0,44
TOTAL DA FATURA			45,47

UF DO CONSUMIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	UF DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
000898020	CA1	DATA 20/01/2015 LEITURA 1.842,00	DATA 18/02/2015 LEITURA 2.867,00	30	1,00000		125,00

VALORES DO CONSUMO		COMPOSIÇÃO DE PREÇOS	
FEV 15	125	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPÓSTO
JAN 15	137	ICMS 35,84	17,00 6,23
DEZ 14	115	PIS 35,84	1,43 0,52
NOV 14	100	COPINS 35,84	8,27 2,40
OUT 14	128		
SET 14	115		
AGO 14	114		
JUL 14	116		
JUN 14	107		
MAY 14	100		
ABR 14	128		
MAR 14	125		
FEV 14	118		

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,26942400
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,40413600

Gerção de Energia	15,80	43,35
Transmissão	0,73	1,89
Distribuição (Cosern)	9,57	27,21
Encargos Setoriais	0,90	2,45
Tributos	5,14	14,85
Total	36,84	100

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,26942400
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,40413600

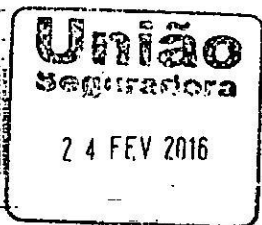
C5E7.38CA 4FA1.8733 4E51.11C7.E7FC.1FE0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
O cliente é responsável por manter a leitura correta da medidora e a correta instalação e manutenção da rede elétrica. O cliente deve manter a medidora em bom estado e a rede elétrica em conformidade com as normas técnicas. O cliente deve manter a medidora em bom estado e a rede elétrica em conformidade com as normas técnicas. O cliente deve manter a medidora em bom estado e a rede elétrica em conformidade com as normas técnicas.

Comunicamos o não pagamento da fatura de energia elétrica			Tensão de Variação (V)		
Valor	Debito	Valor	Valor	Debito	Valor
27,01 R\$	18,02 R\$	45,23	100	101	231

PERÍODO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
1º PERÍODO	2,00	1,85	11,10	12,24	
2º PERÍODO	2,00	1,85	11,10	12,24	
3º PERÍODO	2,00	1,85	11,10	12,24	

Valor Total: 12,24 R\$



CONTRA-CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7003360649	02/2015	26/02/2015	45,47

83820000000-2 45470038007-2 00336064920-8 00248809763-7



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
2ª Delegacia Regional de Polícia - Mossoró - RN
Delegacia Plantonista

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536/2015

NATUREZA POLICIAL: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

LOCAL: Rua São Jerônimo, Mossoró/RN.

DATA DO FATO: 11/03/2015. HORA: por volta das 07h00min.

COMUNICANTE: JHONSON MIKARLOS DE SOUSA MOTA, brasileiro, portador do RG nº 2927918/SSP/RN, nascido aos 29.05.1992, natural de Mossoró/RN, filho de Jose Gomes da Mota e de Marluza de Sousa Silva, residente na Rua Luiz Nicodemos Figueiredo, nº 114, (Integração) Abolição, Mossoró/RN, telefone: 84-8721.6342.

VÍTIMA: O COMUNICANTE.

ACUSADO:

DOCUMENTO 1 "T1%"



HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: Informa o comunicante que, na data e horário supramencionado, trafegava pela via acima pilotando a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESDI, de cor vermelha, ano e modelo 2014, de placa OJV9792/Mossoró/RN, chassi 9C2KC1680ER497551, RENAVAL 01000594405, licenciada em nome Jhonatan Mikael de Sousa Mota, seguindo de sua residência com destino ao seu local de trabalho, quando foi surpreendida por um buraco sobre a via, ao tentar livrar o buraco foi fechado por um moto taxista fazendo-lhe perder o controle da motocicleta que pilotava, caindo violentamente contra o chão, sendo socorrido ao U.P.A. Conhecita Ciarlini no bairro Santo Antônio, nesta cidade de Mossoró/RN apresentando as lesões descritas no Boletim de Atendimento Médico exibido neste momento.

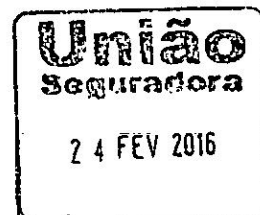
OBSERVAÇÃO: As informações prestadas são de inteira responsabilidade do comunicante.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Entrega da via ao comunicante e encaminhamento da cópia à delegacia competente.

Assinatura do (a) comunicante

Mossoró/RN, 15 de março de 2015

Cristiano Alves de Lima - EPC
Mat. 190.933-9



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, **JHONSON MIKARLOS DE SOUSA MOTA**, portador da carteira de identidade nº **2927918 - SSP/RN**, e inscrito no CPF/MF sob o nº **094.376.794-60**, residente e domiciliado na RUA: **LUIZ N. FIGUEIREDO, n114, Bairro: INTEGRAÇÃO**, CEP: **59621-670**, Cidade: **MOSSORÓ**, Estado: **RN**, 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:

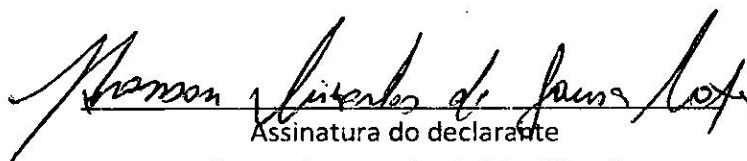
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 2 *T2%*





Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

MOSSORÓ-RN 26 DE NOVEMBRO DE 2015

Local e data



ESTE É UM CASO DE ACIDENTE E/OU
DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO
TEM QUE NOTIFICAR

		Estado do Rio Grande do Norte Nº 3232-2887 Prefeitura Municipal de Mossoró Secretaria Municipal da Saúde		 Sistema Único de Saúde	
FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA				Unidade: UPA CC	
DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:				Atendimento Nº 30565	
Nome: Phoson Marcos de Sousa Neto		Idade: 22		Sexo: M	
Cartão SUS:		Nome da Mãe: Márcia de Sousa Silva		Profissão:	
Endereço (Rua/Av.): Rua Encarnação				Nº 714 Complemento:	
Bairro: Conf. Integração		Cidade:		Estado: RN Telefone: 87216342	
Clínica:				Data: 14.03.15 Hora: 07:18	
Motivo da Procura:				Rubrica Servidor: Polícia	
Assinatura do Paciente:					
ACIDENTAMENTO: () Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito					
Acolhimento com classificação de risco:					
Queixa:					
Antecedentes Alérgicos:					
HAS () DM: ()		Assinatura:		Classificação:	
DOCUMENTO 3 *T3%*					
					
ANAMNESE:					
Primo. Queixa de dor no L. 3º					
Apresentando sintomas de dor no L. 3º					
Primo.					
EXAME FÍSICO:					
Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: _____ F.R.: _____ Glasgow: _____					
SpO2: _____ HGT: _____					
Primo. Apresentando dor no L. 3º e dor no L. 3º					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS					
() Laboratório:					
() Radiológico:					
() ECG () Outros					
Hipótese do Diagnóstico: Dor no Trânsito				CID:	
Conduta: () Medicação () Observação () Laudo para AIH				Médico: (Carimbo e Assinatura)	
Saída: Data/Hora _____ / _____ / _____ às _____ h. () Alta referida para UBS () Óbito				Médico: Dr. Victor Costa Médico CRM 7179	
() Outra Unid. Urgência () Especialidade				União Seguradora 24 FEV 2016	
() Internação no Hospital:					

Indicador das mulheres - Walter

ETAPA
CRISTAL

1) Indicar o Curso de Lactação

2) Verificar se

Dr. Victor Costa
Médico
CRM/RN 7179

Mina
04:40 300680

112 Oliveira Junior
Assistente Social
CRESS/RN 1739

Emitido Declaração



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JHONSON MIKARLOS DE SOUSA MOTA, RG nº 2927918, data de expedição: 25.05.2015, Órgão: SSP/RN, CPF nº 094.376.794-60, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

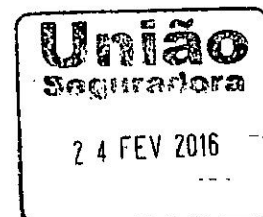
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua: LUIZ N. FIGUEIREDO
Número	91
Apto / Complemento	CASA
Bairro	INTEGRAÇÃO
Cidade	MOSSORÓ
Estado	RN
CEP	59621-670
Telefone de Contato	98728-3945/99953.8106
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MOSSORÓ-RN 26 DE NOVEMBRO DE 2015

Assinatura da Declarante:

Jhonson Mikarlos de Sousa Mota





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Sérgio Castro de Noronha, portador(a) do RG nº 001.329.227, expedido por SSP/AN, em 12/11/15, CPF/CNPJ nº 877.270.214-15,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Johnson de Sousa Mota do sinistro de DPVAT da natureza da vítima Johnson Mikaelos de Sousa Mota, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor Renda Mensal: R\$ Revisão

Documentos comprobatórios: _____

Paulo Sérgio Castro de Noronha
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

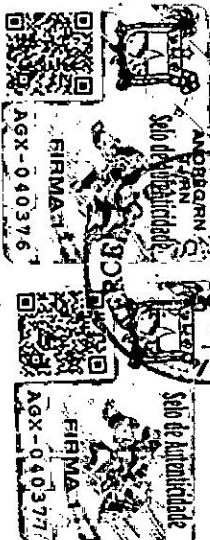
Eu, Jhonatan Mikael de Sousa Mota,
 RG nº 1824266, data de expedição 13/10/2006
 Órgão SSP/RN portador do CPF nº 082.091.554.82, com
 domicílio na cidade de Mossoró no Estado de
RN onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Luiz Nicodemos Figueiredo nº 114,
 complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Jhonson Mikael de Sousa Mota cujo o condutor era
Jhonson Mikael de Sousa Mota
 Veículo: Honda
 Modelo: CG 150 Fan ESDI
 Ano: 2014
 Placa: 07V9792
 Chassi: 9C2KC1680ER497551
 Data do Acidente: 14.03.15
 Local e Data: _____

3% CARTÓRIO
OFÍCIO

3% CARTÓRIO
OFÍCIO

Assinatura do Declarante

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

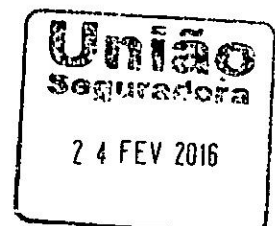


TERCEIRO OFÍCIO DE NOTAS
 RUA SANTOS DUMONT, 82 - CENTRO - CEP: 59020-170 - MOSSORÓ - RN - FONE / FAX: (84) 3321-4357 / 3321-2255
 Bel. Francisco Araújo Fernandes - Tabelião

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de JHONSON MIKAELOS DE SOUSA MOTA;
 Mossoró/Rn, 26 de novembro de 2015.
 Em testemunho da verdade.
 Eclvan Araújo Fernandes
 Substituto(a)
 Válido somente com o selo de autenticidade N°: AGX 040376

TERCEIRO OFÍCIO DE NOTAS
 RUA SANTOS DUMONT, 82 - CENTRO - CEP: 59020-170 - MOSSORÓ - RN - FONE / FAX: (84) 3321-4357 / 3321-2255
 Bel. Francisco Araújo Fernandes - Tabelião

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de JHONATAN MIKAEL DE SOUSA MOTA;
 Mossoró/Rn, 26 de novembro de 2015.
 Em testemunho da verdade.
 Eclvan Araújo Fernandes
 Substituto(a)
 Válido somente com o selo de autenticidade N°: AGX 040377



DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO
TEM QUE NOTIFICAR



Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde



FICHA DE ATENDIMENTO EM URGÊNCIA

Unidade: UPA CC

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:

DN. 29.05.92

Atendimento Nº: 130565

Nome: Sharon Marcos de Sousa Neto Idade: 22 Sexo: M

Carteão SUS: Nome de Mãe: Profissão:

Endereço (Rua/Av.): Rua dos Cardeais Nº 114 Complemento:

Bairro: Conf. Integração Cidade: Estado: Telefone: 87210342

Clinica: Data: 14.03.15 Hora: 07:18

Motivo da Procura: Rúbrica Servidor: Políciere

Assinatura do Paciente:

ACOLHIMENTO: () Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos:

DOCUMENTO 5 - T5%



HAS () DM: ()

Assinatura:

Classificação:

ANAMNESE:

Paciente: Sharon Marcos de Sousa Neto
Apresentando: Dor no abdômen e febre
Gestor: [assinatura]

EXAME FÍSICO:

Peso: Temperatura: F.C.: PA: F.R.: Glasgow:

SpO2: HGT:

Pulso: 96 bat/min. Coração: não [assinatura]

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS

() Laboratório:

() Radiológico:

() ECG () Outros

Hipótese do Diagnóstico:

Dor no abdômen

CID:

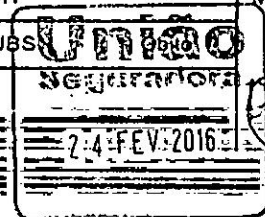
Conduta: () Medicação () Observação () Laudo para AIH

Médico: (Carimbo e Assinatura)

Salda: Data/Hora / / às : h. () Alta referido para UBS

() Outra Unid. Urgência () Especialidade

() Internação no Hospital:



Dr. Victor Costa
Médico
CRM 7179