

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **JORGE OLINTO DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180085532**

Vitima: **JORGE OLINTO DE SOUZA**

Data do Acidente: **03/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GERSON LUCIANO SANTOS NETTO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180085532**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12444014



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **GERALDO ALVES DA COSTA**

Nº Sinistro: **3180372048**

Vitima: **GERALDO ALVES DA COSTA**

Data do Acidente: **10/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180372048**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13258014



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO ALVES DA COSTA

Nº Sinistro: 3180372048

Vitima: GERALDO ALVES DA COSTA

Data do Acidente: 10/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180372048**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

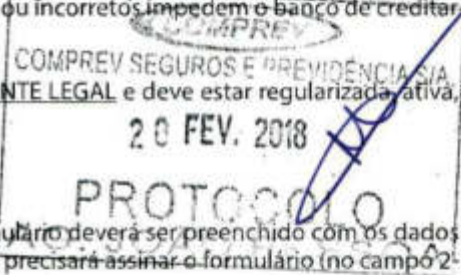
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada/ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

054 25625456

Nome completo da vítima

Serge Olimpio de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Serge Olimpio de Souza		CPF titular da conta 054 25625456		Profissão Músico
Endereço Rua Helio Menna		Número		Complemento
Bairro Santo Inácio	Cidade Mossoró	Estado PB	CEP 58400000	
Email Gerson-Netto@hotmail.com			Telefone (DDD) 859 86434993	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 0041 D/V.		CONTA NRO. 538 483 D/V. 0		BANCO Nome: NRO.		AGÊNCIA NRO. D/V.	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

C. Grande 08 de Fevereiro de 2018
Local e Data

Serge Olimpio de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO DPVAT -



Seguradora Líder - DPVAT

No. DO SINISTRO

www.dpvatsegurodotransito.com.br ou
ligue SAC DPVAT 0800 022 12 04

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, GERALDO ALVES DA COSTA

PORTADORA DO RG No.: 853 198 EXPEDIDO POR SSP EM 28/08/85 E

CPF 475395774-87 / CNPJ - - , PROFISSÃO

APOSENTADO E RENDA MENSAL DE R\$ R\$ 954,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR

REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA GERALDO ALVES DA COSTA

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento.
Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☒ **CRÉDITO EM CONTA CORRENTE** (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

No. BANCO BRASESCO No. AGÊNCIA 1058 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AG-ENCIA, SE EXISTIR).

No. DE CONTA CORRENTE 26675-7

Autorização de pagamento



☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**

No. BANCO 237 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AG-ENCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**

No. BANCO 001 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AG-ENCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**

No. BANCO 341 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AG-ENCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**

No. BANCO 104 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AG-ENCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ATENÇÃO

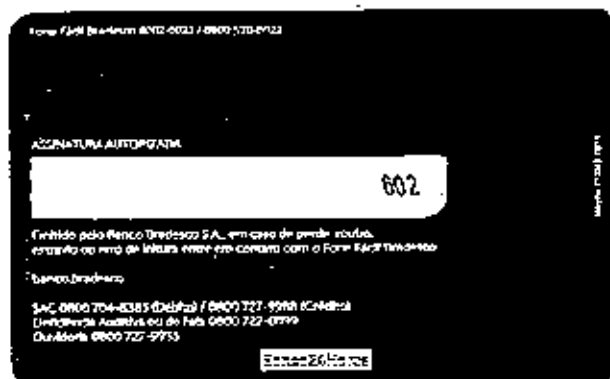
- Não será possível efetuar o pagamento em Conta Salário (INSS), Conta Fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou Conta Conjunta quando o beneficiário não for o titular da conta;
- Não se esqueça de informar os dígitos da agência, caso o dígito exista, principalmente do Banco BRADESCO;
- Certifique-se de que a conta informada esteja ATIVA;
- Indique corretamente se a conta informada é POUPANÇA ou CONTA CORRENTE;
- Tenha SEMPRE um documento bancário para conferência de sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

LOCAL: SÃO JOSÉ DO SERIPO

DATA 23/07/18

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A

Geraldo Alves da Costa





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092600B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA:

MARCONE SANTOS/1480403

DATA/HORA:

03/12/2017 18:35

Na Rodovia

MUNICÍPIO/UF:

CAMPINA GRANDE/PB

BR:

230

KM:

147.0

SENTIDO:

Crescente

DESCRIPTIVO DO LOCAL:

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:

Anoitecer

CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:

Céu Claro

TIPO DE VIA:

Principal

TIPO DE PISTA:

Dupla

CONDIÇÃO DE PISTA:

Seca

TIPO DE PAVIMENTO:

Asfalto

ESTRUTURA VIÁRIA:

Reta

LOCALIDADE URBANIZADA:

Sim

EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:

Sim

EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:

Sim

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



IMAGEM DO LOCAL



IMAGEM DESCRITIVA DO LOCAL



AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO:

Acionado por populares no local antes da chegada da PRF

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

20. FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARCONE SANTOS, MATRÍCULA 1480403

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 23:44

NÚMERO DE CONTROLE: 20803BF71629AA3D36AD56C8F4FB47

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 1 de 12





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

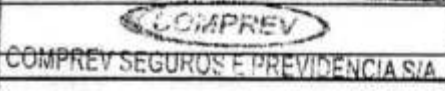


PROTOCOLO:
17092600B01

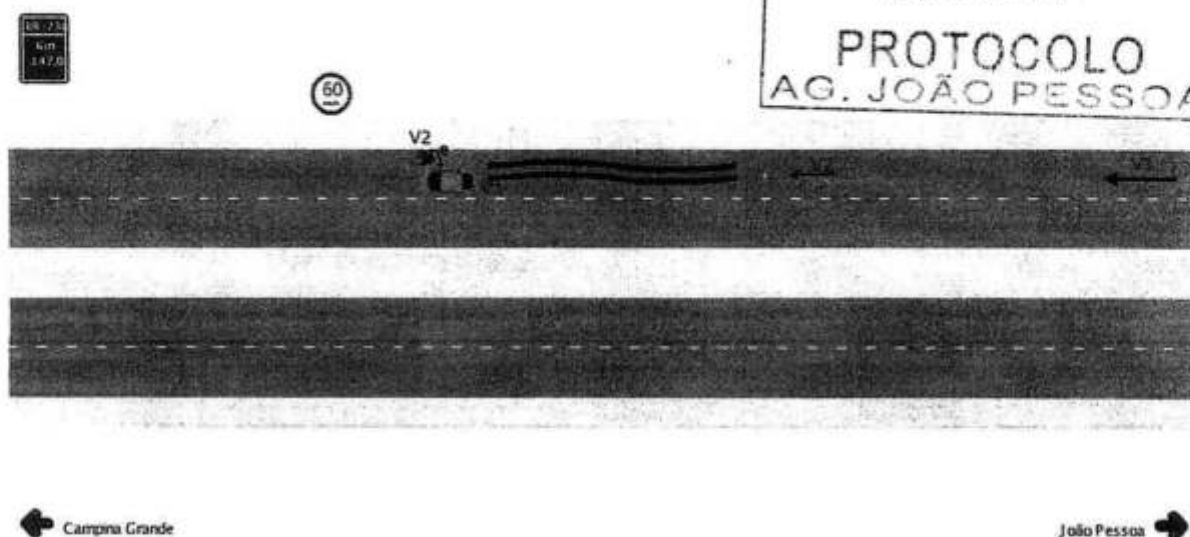
STATUS:
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	

Croqui



Narrativa

No dia 03-12-2017 às 18:45 h, a equipe PRF foi acionada para atender um acidente ocorrido na BR 230, km 147, no município de Campina Grande. Chegando ao local às 18:55 h, encontramos automóvel e motocicleta envolvidos na sua posição de repouso e três vítimas sendo atendidas pelo SAMU. O acidente, uma colisão traseira, envolveu o Renault Duster OFZ-2924 (V1) e o ciclomotor Wuyang QFZ-5674 (V2). Ambos seguiam o fluxo crescente da BR 230, com o V2 levando três ocupantes, um dos quais uma criança e à frente do V1, quando no KM 147 o V1 colidiu com a traseira do V2. A velocidade regulamentar no local é de 60 km/h. O condutor do V2 Jorge Olinto de Souza, não possui habilitação. O condutor do V1 evadiu-se do local do acidente sem identificar-se, abandonando o veículo e sem prestar socorro às vítimas. Testemunhas no local afirmaram tratar-se de um homem de aparentemente 50 a 55 anos, magro, alto, de cabelos grisalhos. E que apresentava sinais de embriaguez. Estava acompanhado de uma mulher. Ambos abandonaram o sítio do acidente. No local apresentou-se um usuário da rodovia dizendo ser advogado e conhecer o condutor, que se chamava Marconi. Mas afirmava que embora o mesmo tivesse pedido a ele para ir verificar a situação, não tinha qualquer meio de contatá-lo para que ele se apresentasse. Não comprovou por qualquer meio a representação legal e nem mesmo identificou formalmente quem conduzia o veículo. As três vítimas com ferimentos, todas ocupantes do ciclomotor, foram socorridos pelo SAMU e encaminhados ao Hospital de Trauma de Campina Grande. Os testes de etilômetro não foram realizados em função do socorro médico do condutor do V2 e da evasão do local do condutor do V1 sem ser identificado.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092600B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: OFZ2924	MARCA/MODELO: RENAULT/DUSTER 16 D 4X2	ANO FABRICAÇÃO: 2013
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Camioneta	
CHASSI: 93YHSR6P5DJ683648	RENAVAM: 00532699971	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Misto	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

No local apresentou-se um usuário da rodovia dizendo ser advogado e conhecer o condutor, que se chamava Marconi. Mas afirmava que embora o mesmo tivesse pedido a ele para ir verificar a situação, não tinha qualquer meio de contatá-lo para que ele se apresentasse.

NOME DO PROPRIETÁRIO: LUCIANA LISBOA MENEZES DE MELO	CPF/CNPJ: 019.216.434-12
---	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO: R E SATURNINO B FILHO 850 BL A	NÚMERO: 00850
COMPLEMENTO: BL A AP T002	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: CAMPINA GRANDE/PB	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Encaminhamento

MOTIVO: Ausência de responsável	TIPO DE RECEPTOR: Depósito credenciado
------------------------------------	---

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

O condutor do veículo evadiu-se do local do acidente sem identificar-se, abandonando o veículo e sem prestar socorro às vítimas. Testemunhas no local afirmaram tratar-se de um homem de aparentemente 50 a 55 anos, magro, alto, de cabelos grisalhos. E que apresentava sinais de embriaguez. Estava acompanhando de uma mulher. Ambos abandonaram o sítio do acidente.



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARCONE SANTOS, MATRÍCULA 1480403

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 23:44

NÚMERO DE CONTROLE: 20803BF71629AA3D36AD56C8F4FB47

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 3 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092600B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V2	PLACA: QFZ5674	MARCA/MODELO: CICLOMOTOR/L13154	ANO FABRICAÇÃO: 2013
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEICULO: Ciclomotor	
CHASSI: LWYMCA209E6013776	RENAVAM: 01132580770	PAÍS: BRASIL	
ESPÉCIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

NOME DO PROPRIETÁRIO: JORGE OLINTO DE SOUZA	CPF/CNPJ: 054.256.254-56
--	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA HELIO MOURA 53 TRES IRMAS	NÚMERO: 00053
COMPLEMENTO: TRES IRMAS	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: CAMPINA GRANDE/PB	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: Depósito credenciado
---------------------------	---

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:
Condutor e passageiros (três no total) foram socorridos pelo SAMU e conduzidos ao hospital de trauma de Campina Grande. Sem responsável no local, o ciclomotor foi removido para depósito, estando a disposição do proprietário.

IMAGEM COMPLEMENTAR 	IMAGEM ADICIONAL 
--	--





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092600B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / OFZ2924 / RENAULT/DUSTER 16 D 4X2		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: EVADIDO	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO:
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NÚMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE:	EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

O condutor do veículo evadiu-se do local do acidente sem identificar-se, abandonando o veículo e sem prestar socorro às vítimas. Testemunhas no local afirmaram tratar-se de um homem de aparentemente 50 a 55 anos, magro, alto, de cabelos grisalhos. E que apresentava sinais de embriaguez. Estava acompanhando de uma mulher. Ambos abandonaram o sítio do acidente.

No local apresentou-se um usuário da rodovia dizendo ser advogado e conhecer o condutor, informando que o mesmo se chamava Marconi e era esposo da proprietária legal do veículo. Mas afirmava que embora o mesmo tivesse pedido a ele para ir verificar a situação, não tinha qualquer meio de contatá-lo para que ele se apresentasse. Não apresentou qualquer meio de comprovar a representação legal ou sequer de identificar formalmente o condutor.



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARCONE SANTOS, MATRÍCULA 1480403

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 23:44

NÚMERO DE CONTROLE: 20803BF71629AA3D36AD56C8F4FB47

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 5 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092600B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / QFZ5674 / CICLOMOTOR/L13154		ENVOLVIMENTO: Condutor/ PROPRIETÁRIO
NOME: JORGE OLINTO DE SOUZA	CPF: 054.256.254-56	DATA DE NASCIMENTO: 20/01/1980
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Não Informado	NOME DA MÃE: EXPEDITA MARIA DA CONCEICAO	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: SILVA JARDIM	NÚMERO: 5	
COMPLEMENTO:	BAIRRO: JOSE PINHEIRO	
MUNICÍPIO/UF: CAMPINA GRANDE/PB		
TELEFONE:	EMAIL:	
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL	
USAVA CAPACETE: Ignorado	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: Condutor socorrido pelo SAMU. Não foi possível a realização do teste de etilômetro.		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
Encaminhamento		
MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: SAMU	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: socorro médico.		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARCONE SANTOS, MATRÍCULA 1480403

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 23:44

NÚMERO DE CONTROLE: 20803BF71629AA3D36AD56C8F4FB47

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 6 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092600B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / QFZ5674 / CICLOMOTOR/L13154		ENVOLVIMENTO: Passageiro
NOME: Suênia Maranduba de Sousa	CPF:	DATA DE NASCIMENTO: 01/01/1985
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 0000	ÓRGÃO EXPEDIDOR: 0000	SEXO: Feminino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE:	EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Graves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL
USAVA CAPACETE: Ignorado	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: SAMU
---------------------------	---------------------------

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:
não portava documentos. comunicação prejudicada em função do socorro médico. 32 anos de idade segundo informou o condutor.



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARCONE SANTOS, MATRÍCULA 1480403

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 23:44

NÚMERO DE CONTROLE: 20803BF71629AA3D36AD56C8F4FB47

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 7 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092600B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / QFZ5674 / CICLOMOTOR/L13154		ENVOLVIMENTO: Passageiro
NOME: Kaique Jonatas Maranduba de souza	CPF:	DATA DE NASCIMENTO: 01/01/2013
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 00000	ÓRGÃO EXPEDIDOR: 00000	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NÚMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE:	EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL
USAVA CAPACETE: Ignorado	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: SAMU
---------------------------	---------------------------

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

Socorro médico.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

não portava documentos. comunicação prejudicada em função do socorro médico. 04 anos de idade segundo informou o condutor.



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARCONE SANTOS, MATRÍCULA 1480403

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 23:44

NÚMERO DE CONTROLE: 20803BF71629AA3D36AD56C8F4FB47

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 8 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092600B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / OFZ2924 / RENAULT/DUSTER 16 D 4X2

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

MARCONE SANTOS/1480403

NÚMERO DO BAT:

17092600B01

DATA/HORA:

03/12/2017 18:35

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais	X		
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

1

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

20 FEV. 2018

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARCONE SANTOS, MATRÍCULA 1480403

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 23:44

NÚMERO DE CONTROLE: 20803BF71629AA3D36AD56C8F4FB47

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 9 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092600B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
20 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARCONE SANTOS, MATRÍCULA 1480403

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 23:44

NÚMERO DE CONTROLE: 20803BF71629AA3D36AD56C8F4FB47

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 10 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092600B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)



IMAGEM DA TRASEIRA (V2)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARCONE SANTOS, MATRÍCULA 1480403

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 23:44

NÚMERO DE CONTROLE: 20803BF71629AA3D36AD56C8F4FB47

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 12 de 12



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE CRUZETA

Endereço: Rua Raimundo Bezerra, 291, Centro, CRUZETA, FONE/FAX: (84) 3473-4286

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018209000055

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data da Expedição: 07/03/2018 12:26:14

1.4 Ligar CLOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 10/02/2018 07:00:00

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: NÃO INFORMADO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RN 288

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: SÃO JOSÉ DO SERIDÓ

Boletim de ocorrência



3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: GERALDO ALVES DA COSTA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Sem Informação

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 CPF: 47539577467

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: PESCADOR

3.15 Telefone(s): 84 988946724

3.17 Número: 511

3.19 Bairro: LIBERDADE

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: SÃO JOSÉ DO SERIDÓ

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.4 Pai: SEVERINO ALVES DA COSTA

3.6 Mãe: RITA CHIANCA DA COSTA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 18/10/1955

3.14 RG: 853198 - SSP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: SÃO JOSE DO SERIDÓ/RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA TREZE DE MAIO

3.24 CEP:

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi:

7.1.5 Placa: MYX9298

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2005

7.1.11 Cor do veículo: AZUL

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: GEILSON MEDEIROS

7.1.17 Nome do condutor: GEILSON MEDEIROS

7.1.18 Observações:

7.1.2 Segurado:

7.1.4 Renavam: 00844574419

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN

7.1.10 Ano de Fabricação: 2004

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA E RELATOU QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DESCRITA ACIMA, CONDUZIDA PELA PESSOA DE GEILSON MEDEIROS, NA RN 288, SAÍDA DA CIDADE DE SÃO JOSÉ DO SERIDÓ PARA CAICÓ/RN, QUANDO OUTRA MOTOCICLETA, QUE NÃO SABE DESCREVER, BATEU ATRÁS; QUE DA PANcada CAIU AO CHÃO E SOFREU FRATURA DA MÃO DIREITA; QUE O ATENDIMENTO FOI REALIZADO NA UNIDADE MISTA DE SAÚDE MARIA APARECIDA DANTAS EM SÃO JOSÉ DO SERIDÓ E DEPOIS TRANSFERIDO PARA CAICÓ/RN PARA FAZER UM RAIO X; QUE ESTE 80 DESTINA-SE A SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSSE.

9.2 Informações do CLOSP

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: 07/03/2018 12:26:14

TESTEMUNHA:

Marcelo de Almeida da Costa

Interessado



Interessado

Atendimento: 1717847 - Kleison Araújo Azevedo

Impresso por: 1717847 - Kleison Araújo Azevedo em 07/03/2018 12:26:18

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETEM DE ATENDIMENTO
Número da Ocorrência: 119 Data: 08.07.10 Hora: 10h
Responsável pelo preenchimento:

Nome: Carla Maria da Costa Idade: 62A Sexo: F
Nº Cartão do SUS: 123.567.89.01234567890 CPF/RG: 123.456.789.012 Data de Nascimento: 16/10/55
Endereço: Rua José de Almeida, 511 Bairro: Centro
Cidade: São José do Seridó Ocupação: Retirado Nome: 12
Forma de Chegada: ☒ Meios Próprios ☐ Ambulância ☐ Outros

Símbolos Vitais: PA: 120 FC: 80 T: 36,5 HGT: 1,60 SAT: 95

Tipos de Dor: ☐ Aguda ☐ Crônica ☐ Recorrente ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Forte ☐ Severa

Estado Geral: ☐ Aparentemente bem ☐ Regular ☐ Grave ☐ Inconsciente ☐ Consciente ☐ Orientado
☐ Confuso ☐ Convulsão ☐ Hemorragias ☐ Politraumatizado ☐ Outro

Queixa principal: Hipertensão

Comorbidades: Não
Medicamentos em uso: Não
Alergias e Intolerâncias: Não
Episódios prévios ou antecedentes: Não

História da doença/Exame clínico:
Paciente cl. dor
na região D. PCR queda
de peso, com fraturas
em 3 metacarpos D

Conduta/Procedimento: Pouco mobilizado
Análises de Exames de Laboratório/Imagem:
De coágulos - Ocas
coágulos - Ocas
Alto Hospitalar: ☐ Incompleto: ☐ Transferência: ☐

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

George Oliveira de Souza

CPF da Vítima

05425625456

Data do Acidente

03/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

C. Grande, 01 de Fevereiro de 2018

Local e Data

George Oliveira de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 01/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JORGE OLINTO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000538483-0

Nr. da Autenticação 28536266000CA52B

Out/17	90,66
--------	-------



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

MATRÍCULA
70885680
REFERENCIA
DEZ/2017

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS

RENALLY DINIZ ALVES
RUA AMAURY A DE VASCONCELOS 890 - BL 20 AP 101
TRES IRMAS
58424-715
CAMPINA GRANDE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
018.97.910.0708	0	Residencial	Comercial	Industrial	Pública	70885680
		1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y13N546072	13/12/2013	1	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
283	292	9	29	04/01/2018
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-HS				
JUN/2017	3	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
JUL/2017	3	0	CCL.TOTAIS	178 180 180
AGO/2017	5	0	CCR	55 180 178
SET/2017	8	0	COL.TERMOT	0 0 0
OUT/2017	5	0	CLORO	178 180 180
NOV/2017	9	0	TURBIDEZ	178 180 178
HEDIA(H)	6		DADOS REFERENTES A: OUT/2017	

DATA DA LEITURA: 05/12/2017	HORA DA LEITURA: 09:02:24
DESCRICAC	CONSUMO VL AGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10 10,56 1,06 R\$11,62
047-JUROS DE HORA	R\$0.06
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.	R\$0.35



VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS. R\$1.67 PIS E COFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
18/12/2017	R\$12,03

v. 16.13 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: SOCIAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
NAO EXISTE(H) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70885680	DEZ/2017	18/12/2017	R\$12,03

82650300000-3 12030010827-7 08856801220-2 17000000002-7



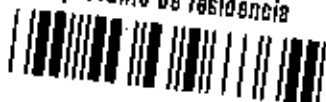
Rodrigo Freire Costa
OFICIAL REGISTRADOR
Cartório Campina Grande
Dist. S. J. 1. 1. 1.

CAMPINA GRANDE CARTÓRIO DO DISTRITO DE SÃO JOSÉ DA MATA
Rua João Miguel Lello, s/nº - Dist. S. J. 1. 1. 1. - Campina Grande - PB
Cep 58441-000 - Fone: (53) 3344-1223 / 3331-4629 / 99933-3829
Oficial Registrador: Rodrigo Freire Costa

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a Presente Cópia é Reprodução Fiel do Original que me foi
Exibido. Dou Fé.
Campina Grande-PB, 13 DEZ. 2017

SELO NORMAL
SELO DIGITAL Nº AF772112-ORIG

Consulte a autenticidade: <https://selodigital.spb.br>



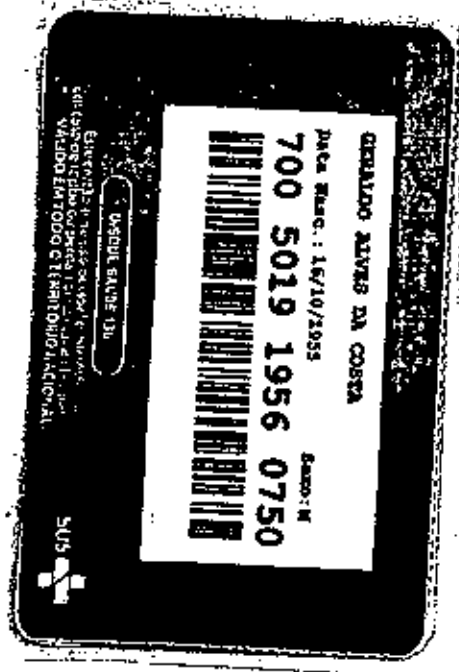
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GERALDO ALVES DA COSTA,RG nº 853 198, data de expedição 29/06/85, Órgão SSP/RN,CPF nº 475395774-87, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA 13 DE MAIO</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>LIBERDADE</u>
Cidade	<u>SÃO JOSE DO SERIDO</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59378-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SÃO JOSE DO SERIDO 23/04/15Assinatura do Declarante: Geraldo Alves da Costa



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Mariz, 150, Estado, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
 CNPJ 06.824.100/0001-61 | Ins. Est. 20050193-0 | www.cosernrn.com.br

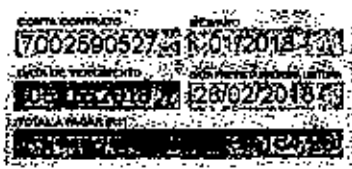
NOME DO CLIENTE
 MARIA DO SOCORRO MEDEIROS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA TREZE DE MAIO 511

CPF: 011.296.004-27

LIBERDADE/ÁREA URBANA
 SÃO JOSE DO SERIDO RN
 59378-000

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Monofásico



UF DA NOTA FISCAL: RN
 Nº do Documento: UNCA
 Data de Emissão: 29/01/2018
 Nº do Cliente: 3010282311
 Nº da Instalação: 1451158

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	273,00000000	0,62956530	145,95
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,27
Contribuição Alimentação Pública			11,44
Multa por atraso - NF 001287820 - 29/11/17			2,78
Juros por atraso - NF 001287820 - 29/11/17			1,27
Acrescimo de ICMS - NF 001287820 - 29/11/17			1,49
TOTAL DA FATURA			164,29

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE NOTA FISCAL

Nº DO	TPO DA	ANTERIOR	DATA	ACTUAL	Nº DE	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (kWh)
21400438	CAI	29/01/2017	5.419,00	29/01/2018	5.690,00	27	1,0000	273,00

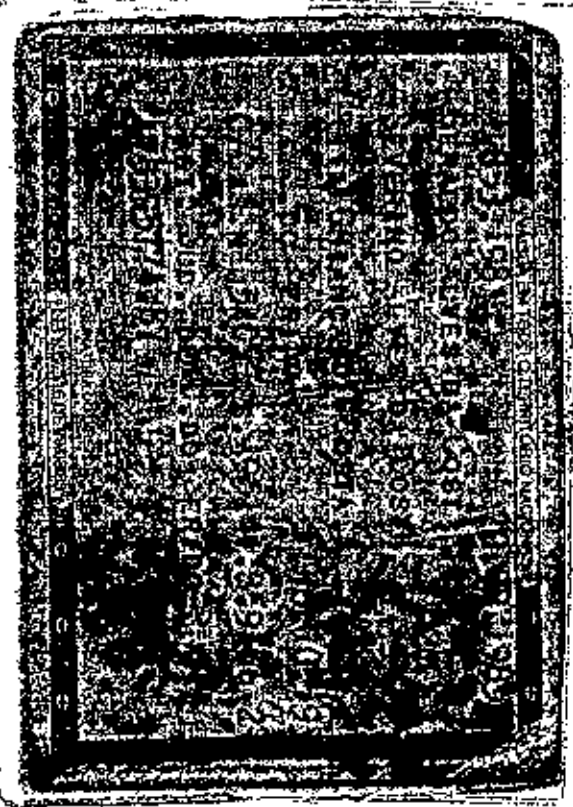
DESCRIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	VALOR DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
Consumo Ativo	145,95	100,00	145,95
Acrescimo Bandeira VERMELHA	0,27	0,19	0,27
Contribuição Alimentação Pública	11,44	7,54	11,44
Multa por atraso - NF 001287820 - 29/11/17	2,78	1,93	2,78
Juros por atraso - NF 001287820 - 29/11/17	1,27	0,77	1,27
Acrescimo de ICMS - NF 001287820 - 29/11/17	1,49	0,90	1,49
TOTAL	164,29	100,00	164,29

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 O pagamento desta fatura deve ser feito em até 30 dias após a emissão. No caso de atraso, serão aplicadas multas e juros. Para mais informações, consulte o site da Companhia Energética do Rio Grande do Norte.

DESCRIÇÃO E VALORES DA FATURA

DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
Consumo Ativo	145,95	Acrescimo de ICMS	1,49
Acrescimo Bandeira VERMELHA	0,27	Multa por atraso	2,78
Contribuição Alimentação Pública	11,44	Juros por atraso	1,27
TOTAL	164,29	TOTAL	164,29



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221264 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

20 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 Gerson Nogueira Santos Netto inscrito (a) no CPF/CNPJ 091192334 / 93 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sergio Oliveira de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 054256254 / 56, do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima Sergio Oliveira de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 054256254 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Amadori Aramp de Vasconcelos</u>		Número <u>890</u>	Complemento <u>0220 AP101</u>
Bairro <u>Três Jins</u>	Cidade <u>Campana Grande</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>58424315</u>
Email <u>gerson-netto@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83 983499503</u>	Telefone celular (DDD) <u>83 986434993</u>

C. Grande, 01 de Febrero de 2018
Local e Data

Gerson Nogueira Santos Netto
Assinatura do Declarante



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1558038 CLASS. DE RISCO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERREIROS CNPJ: 08.776.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mafinas, Campina Grande - PB, CEP: 58423-809 Data: 03/12/2017
 Atendimento de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Claudia Bezerra Lacerda

PACIENTE: JOSE ELINTO DE
CEP: 58400002
Atendente: Claudia Bezerra Lacerda
Nascimento: 20/01/1980
Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 07

SOUSA
Sousa M
Telephone: 986540437

Idade: 037
Baixro: SANTA TERESINHA

RG: N° 53

CPF: _____

Profissão: ambulante

Data de
CNS:021547888

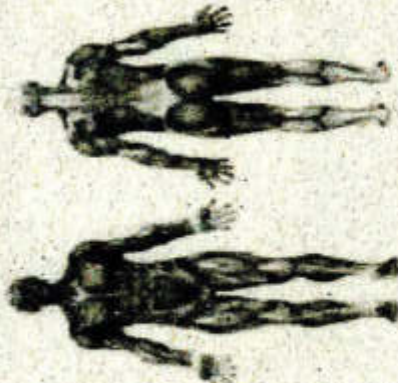
Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico: _____ CRM: _____

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA



- | | | | |
|----|----------------------|----|----------------------------|
| 1 | Abrãço | 19 | Fratura ossos fechada |
| 2 | Amputação | 20 | Fratura ossos aberta |
| 3 | Avulsão | 21 | Hernioma |
| 4 | Contusão | 22 | Injuriamento Venoso |
| 5 | Cratenação | 23 | Laceração |
| 6 | Deor | 24 | Lesão tendinea |
| 7 | Edema | 25 | Luvação |
| 8 | Empalhamento | 26 | Mordedura |
| 9 | Enfiadura subcutânea | 27 | Movimento torçico peroneal |
| 10 | Enlameamento | 28 | Objeto Encaixado |
| 11 | Esgomosa | 29 | Otorragia |
| 12 | F. Arma branca | 30 | Paralisia |
| 13 | F. Arma de fogo | 31 | Paralisia |
| 14 | F. Cortisao | 32 | Parastesia |
| 15 | F. Cortante | 33 | Queimadura |
| 16 | F. Como-contuso | 34 | Sincorragia |
| 17 | F. Perfuro-contuso | 35 | Sinal de Isquemia |
| 18 | F. Perfuro-contusão | 36 | |
| 19 | F. Perfuro-contusão | | |

ONS:

QUEIMADURA:

Superficie corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

11. 11. 1888

ALENGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas

Glasgow PA

() Antecedentes - ~~1~~
 HGT: 102
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

20 FEB. 2018

PROTOCOLLO

EXAMES SOLICITADOS:
☐ Laboratoriais
☐ Gasometria arterial
☐ Tomografia Comput.

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Spécialiste:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:[illegible]

1

2

3

५

1

Dr. Edw. F. Hartmann

607/608

CR/10-01-0380
CR/10-01-0381

ENDOT. DATE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Data da internação: 08/12/2017 Hora: 08:33:00

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE JORGE OLINTO DE SOUSA	6 - N° DO PRONTUÁRIO 1558046
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO 20/01/1980
	9 - SEXO Masc ☒ Fem ☐
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL expedita maria da conceicao	11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº de telefone 986540437
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA HELIO MOURA, 53, SANTA TERESINHA	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - CÓDIGO MUNICIPAL - 15 - UF 250400 PB
	16 - CEP 58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>S. dor + inf. renal m.i.d.</i>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>8 cur.</i>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>D + ex. renal</i>	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Diagn. renal</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL
	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>8 cur. 1 fase</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 207428920710003
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 08/12/2017
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Fidias G. F. Borborema CRM-PB: 5396 SUS: 14654 SUS: 9876</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - Nº DO BILHETE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - SÉRIE
	39 - CNPJ EMPRESA
	40 - CNAE DA EMPRESA
	41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>COMPREV</i>
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 20 FEV. 2018	
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Izabelle Diniz de França Costa
MÉDICA ANESTESIOLOGISTA
CRM 9061-PB

Assinatura do anestesista



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>George Olinto de Sousa</u>	Idade: <u>37 anos</u>
Convênio:	Data: <u>09/11/2017</u>
Procedimento: <u>Intervenção plástica tibial direita</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Agnaldo</u>	Auxiliar:
Anestesista: <u>Dr. Izabela</u>	
Início:	Término:
Anestesia: <u>Rapida + Sedação</u>	

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
12:00	—	78	93%	<u>Isabela</u>	—	<u>consciente</u>
12:15	—	82	94%	<u>Isabela</u>	—	"
12:30	—	85	96%	"	—	<u>consciente</u>
12:45	—	91	97%	"	+	"
13:50	—	93	100%	<u>Isabela</u>	+	+/

Medicamentos/Materiais	Quantidade
<u>Alc ortopedica</u>	
<u>Inf 3-4</u>	

Observações:	
	20 FEV. 2018
	PROTOCOLO
	AG. JOÃO PESSOA
Assinatura Anestesista	Circulante

Izabelle Diniz da Franca Costa
MÉDICA ANESTESIOLOGISTA
CRM 9061-PB

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Jonas Orlindo da Sousa

DN: 20/01/1980

QI LEITE CONVÊNIO IDADE REGISTRO

Sala 04

SUS

37a

15.58035

CIRURGIA

1. Int. cirurgico platis Tubal Juntos

CIRURGIÃO

Dr. Aguiar

ANESTESIA

Riaque + Sedução

ANESTESIA

Dr. Tabela

INSTRUMENTADORA

Santa

DATA

09/12/17

INÍCIO

09:50

FIM

12:10

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calei. p/ OXg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	25	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimora amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina pusada % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	05	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml	03	Mononylon	2.0mm
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23			
01	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11			
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15			
	Dipirona amp.		Luvas 7.0	02	Vicryl Sertix	1.00
	Flaxidol amp.	02	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	06	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	3L	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.	05	PVP Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Sabão Antisséptico	01	SG Gelado fr 500 ml	Glicocaulo
	Medrotinazol.	02	Saco coletor		SG Hipertermico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 10 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	01	Seringa desc. 20 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Seringa desc. 05 ml	03		
	Stuptanon amp.		Sonda	02	5F091. Pimma	
03	Cefazolin 1g		Sonda foiley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
01	Nauseichon		Sonda Nasogátrica	01	esixa 4.5 TM	
01	Ronytidon		Sonda Uretral nº	02	Placa em 5x2	
01			Sterydrem ml	02	Para fuso 75 ES	
			Torneirinha	03	" 32 cat	
			Vaselina ml	03	" 38 cat	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Gelcon 18		EQUIPAMENTOS	
	Agulha desc. 25x7 P12	01			(+) Oximetro de Pulso	() Foco Auxiliar
	Agulha desc. 28 x 28	02	Lates		() Serra	() Eletrocautério
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	Electrodes		() Desfibrilador	(+) Oxiciapiógrafo
01	Agulha p/ raque nº 25	02	Algodão catgut 10.		() Foco Frontal	(+) Cardiomonitor
05	Álcool de Enfermagem				(+) Fonte de Luz	(+) Perfurador Elétrico
	Álcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
03	Ataduras de Gessada 1.5x15cm					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

COMPREV SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA S/A.

20 FEV. 2018

PROTÓCOLO

Adm. dos Santos

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

COMPREI SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

20 FEV. 2018

CIRULANTE RESPONSÁVEL
Adriano dos Santos
Técnica de Enfermagem
COREN 604.328

Desenvolvimento por planos

① Redução da def/ae

② Redução de placa e h +
período;

③ Novos investimentos

④ Sistema por planos + limites



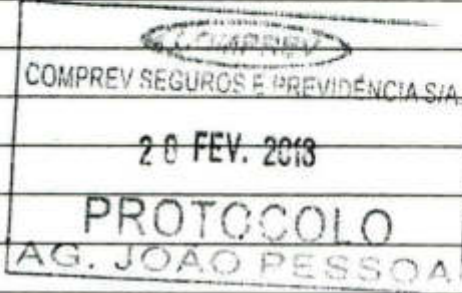
Dr. Ricardo Lima - Jônia
Otopneista - CRM 100988
CRM-PB 917-10233

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

20 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Nome do Paciente <i>força olto</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>09/12/17</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Aguiar</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Furvino</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fract. Aberto zênital 1</i>			
Tipo de Operação <i>ortopedica</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>sem</i>			
Relatório Imediato da Patologia		 20 FEV. 2018 PROTOCOLO AG. JOAO PESSOA	
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) <i>Pericute em DDH</i> 2) <i>Aberto + A + longa extensão</i> 3) <i>Observada deformidade em Voz (sem voz) ligadura de joelho + R + toda sutura</i> 4) <i>Acesso posterior - neural + Drenagem no Abaco</i> 5) <i>Observada fragmentação da parede neural</i> 6) <i>Colocação de placas e parafusos</i> 7) <i>Acesso anterior lateral +</i>

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL. H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

PRODUTO

REF.

QUANT.

COD. COMP.

Placas em "L" 06ft. Dire. Esq.

Plac. Espal. R 16 N. 75

Plac. R 36 N. 80

Plac. Parafusos 4,5 x 36

" " 4,5 x 30

" " 4,5 x 28

" " 4,5 x 22

" " 4,5 x 18

" " 4,5 x 16

" " 4,5 x 12

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1558038

CLASS. DE RISCO: 1

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 08/12/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Claudia Bezerra Lacerda

PACIENTE: JORGE OLINTO DE SOUSA

CEP:58400002

Nascimento:20/01/1980

Sexo:M

Telefone: 986540437

Idade:037

Bairro:SANTA TERESINHA

RG:

Nº:53

CPF:

Profissão:ambulante

Data de

Atend:08/12/2017

CNS:021547888

Hora: 08:04:08

CONVÊNIO:SUS

Motivo: RETORNO

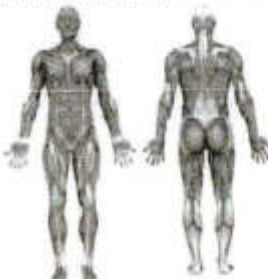
Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Destruição
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfaixamento
10. Envenenamento
11. Equimose
12. F. Jume branco
13. F. Jume de fogo
14. F. Cortisado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Qualmadura
34. Rincorrágia
35. Sinal de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesionada =

DIAGNOSTICO / CID:

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

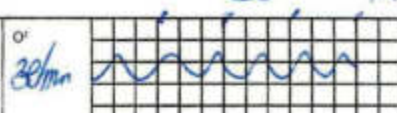
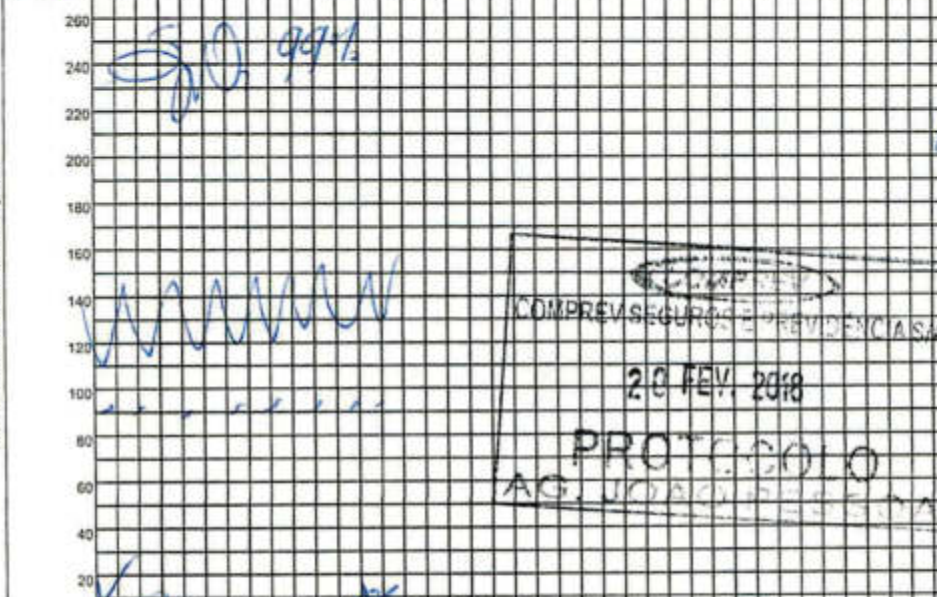
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4	Dr. Fidas G. F. Borborema	
5	CRM-PB: 6395	
6	CRM-PE: 14654	
	SBOT: 9876	

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

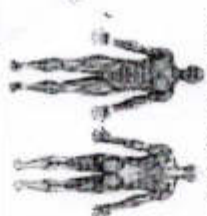
HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>George Linto de Sousa</i>			IDADE <i>37</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>B</i>	
DATA <i>9/12/17</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS <i>depressão em III</i>		
URINA					ASMA		BRONQUITE	
AP. RESPIRATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. CIRCULATÓRIO					AP. URINÁRIO			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	ALERGIA		HIPOTENSORES	
ESTADO MENTAL <i>consciente</i>			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ESTADO FÍSICO <i>II</i>		RISCO <i>II</i>	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>fratura fíbula</i>								
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	<i>30' 1h</i> 				INDUÇÃO Satisf. ☒ Excit. ☐ Tosse: ☐ Laringo espasmo: ☐ Lenta: ☐ Náuseas: ☐ Vômitos: ☐ Outros: ☐			
LÍQUIDOS					MANUTENÇÃO <i>Baqul / 4-5</i> <i>8 25</i> <i>Selagor</i>			
CÓDIGOS					ANESTESIA SATISF: ☒ Sim ☐ Não Não, por quê? ☐			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>med. os! 125</i> <i>clonast 0.1</i> <i>clononid 25</i> <i>antidoto L.</i> <i>reversão E.</i>				DESPERTAR Reflexos na SO: ☒ Obstr.: ☐ Co ₂ : ☐ Excit.: ☐ Náuseas: ☐ Vômitos: ☐ Outros: ☐			
POSIÇÃO	<i>prone</i>				Com cânula: ☐			
AGENTES	<i>propofol 3</i>				Paro o Leito Sim ☐ Não ☒			
TÉCNICA	<i>propofol + Selagor</i>				CONDIÇÕES:			
OPERAÇÃO	<i>fr. fíbula</i>				CÂNULAS			
CIRURGIÕES	<i>Dr. [illegible]</i>							
ANESTESISTAS	<i>[illegible]</i>							
OBSERVAÇÕES	<i>[illegible]</i>							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			

ATTORNEYS AT LAW

HOSPITAL DE ENFERMAGEM E TERAPIA DO LINGUAGEM E DE FISIOTERAPIA (CNPJ nº 07.788.246/000-52)
 Av. Mal. Ruyama Pereira, 4700 - Maracanã, Campo de Ourinhos - SP - 13.545-320-679 Data: 06/12/2011
 Paciente de Fisiologia III - Módulo 07 Atendente: Cleide Derriva Luperão
 Paciente: JORDGE OLINTO DE CIP-3490000 Faltas: 00/01/1980
 Sargto. Telefone: 3883-0437

Colônia Campesina do Amato	Identificador	Bairro Santa Thelma
Nome do Mito: especifica para da construção	RG	Nº 33
Atropelamento	CPE	Produtor/entrevistado
Estado: Rio de Janeiro	Data de Assinatura: 12/08/17	Produtor: 1541188
Município: Botafogo	Nome: DRA-08	COMUNHO 505
Idade:		Especialidade:

DOI: 10.1002/for



- | | |
|-----------------------|---|
| 1. <i>Alcalde</i> | 16. <i>Secretaría de Hacienda</i> |
| 2. <i>Comandante</i> | 17. <i>Secretaría de Salud</i> |
| 3. <i>Comandante</i> | 18. <i>Secretaría de Trabajo</i> |
| 4. <i>Comandante</i> | 19. <i>Secretaría de Transportes y Comunicaciones</i> |
| 5. <i>Comandante</i> | 20. <i>Secretaría de Turismo</i> |
| 6. <i>Comandante</i> | 21. <i>Secretaría de Justicia</i> |
| 7. <i>Comandante</i> | 22. <i>Secretaría de Cultura</i> |
| 8. <i>Comandante</i> | 23. <i>Secretaría de Educación</i> |
| 9. <i>Comandante</i> | 24. <i>Secretaría de Agricultura</i> |
| 10. <i>Comandante</i> | 25. <i>Secretaría de Medio Ambiente</i> |
| 11. <i>Comandante</i> | 26. <i>Secretaría de Energía</i> |
| 12. <i>Comandante</i> | 27. <i>Secretaría de Ciencia y Tecnología</i> |
| 13. <i>Comandante</i> | 28. <i>Secretaría de Deportes</i> |
| 14. <i>Comandante</i> | 29. <i>Secretaría de Fomento</i> |
| 15. <i>Comandante</i> | 30. <i>Secretaría de Infraestructura</i> |
| 16. <i>Comandante</i> | 31. <i>Secretaría de Planificación</i> |
| 17. <i>Comandante</i> | 32. <i>Secretaría de Relaciones Exteriores</i> |
| 18. <i>Comandante</i> | 33. <i>Secretaría de Seguridad</i> |
| 19. <i>Comandante</i> | 34. <i>Secretaría de Saneamiento</i> |
| 20. <i>Comandante</i> | 35. <i>Secretaría de Vivienda</i> |
| 21. <i>Comandante</i> | 36. <i>Secretaría de Zonas Francas</i> |
| 22. <i>Comandante</i> | 37. <i>Secretaría de Zonas de Desarrollo</i> |
| 23. <i>Comandante</i> | 38. <i>Secretaría de Zonas de Inversión</i> |
| 24. <i>Comandante</i> | 39. <i>Secretaría de Zonas de Promoción</i> |
| 25. <i>Comandante</i> | 40. <i>Secretaría de Zonas de Rehabilitación</i> |
| 26. <i>Comandante</i> | 41. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 27. <i>Comandante</i> | 42. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 28. <i>Comandante</i> | 43. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 29. <i>Comandante</i> | 44. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 30. <i>Comandante</i> | 45. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 31. <i>Comandante</i> | 46. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 32. <i>Comandante</i> | 47. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 33. <i>Comandante</i> | 48. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 34. <i>Comandante</i> | 49. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 35. <i>Comandante</i> | 50. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 36. <i>Comandante</i> | 51. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 37. <i>Comandante</i> | 52. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 38. <i>Comandante</i> | 53. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 39. <i>Comandante</i> | 54. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 40. <i>Comandante</i> | 55. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 41. <i>Comandante</i> | 56. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 42. <i>Comandante</i> | 57. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 43. <i>Comandante</i> | 58. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 44. <i>Comandante</i> | 59. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 45. <i>Comandante</i> | 60. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 46. <i>Comandante</i> | 61. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 47. <i>Comandante</i> | 62. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 48. <i>Comandante</i> | 63. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 49. <i>Comandante</i> | 64. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 50. <i>Comandante</i> | 65. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 51. <i>Comandante</i> | 66. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 52. <i>Comandante</i> | 67. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 53. <i>Comandante</i> | 68. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 54. <i>Comandante</i> | 69. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 55. <i>Comandante</i> | 70. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 56. <i>Comandante</i> | 71. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 57. <i>Comandante</i> | 72. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 58. <i>Comandante</i> | 73. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 59. <i>Comandante</i> | 74. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 60. <i>Comandante</i> | 75. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 61. <i>Comandante</i> | 76. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 62. <i>Comandante</i> | 77. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 63. <i>Comandante</i> | 78. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 64. <i>Comandante</i> | 79. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 65. <i>Comandante</i> | 80. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 66. <i>Comandante</i> | 81. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 67. <i>Comandante</i> | 82. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 68. <i>Comandante</i> | 83. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 69. <i>Comandante</i> | 84. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 70. <i>Comandante</i> | 85. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 71. <i>Comandante</i> | 86. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 72. <i>Comandante</i> | 87. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 73. <i>Comandante</i> | 88. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 74. <i>Comandante</i> | 89. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 75. <i>Comandante</i> | 90. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 76. <i>Comandante</i> | 91. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 77. <i>Comandante</i> | 92. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 78. <i>Comandante</i> | 93. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 79. <i>Comandante</i> | 94. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 80. <i>Comandante</i> | 95. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 81. <i>Comandante</i> | 96. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 82. <i>Comandante</i> | 97. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 83. <i>Comandante</i> | 98. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 84. <i>Comandante</i> | 99. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 85. <i>Comandante</i> | 100. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 86. <i>Comandante</i> | 101. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 87. <i>Comandante</i> | 102. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 88. <i>Comandante</i> | 103. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |
| 89. <i>Comandante</i> | 104. <i>Secretaría de Zonas de Reurbanización</i> |

[illegible][illegible][illegible]

11. *Microtus m. l.*
12. *Peromyscus l.*
13. *Sciurus l.*
14. *Thomomys l.*
15. *Reithrodontomys l.*
16. *Onychomys l.*
17. *Neotoma l.*
18. *Peromyscus l.*
19. *Sciurus l.*
20. *Thomomys l.*
21. *Reithrodontomys l.*
22. *Onychomys l.*
23. *Neotoma l.*
24. *Peromyscus l.*
25. *Sciurus l.*
26. *Thomomys l.*
27. *Reithrodontomys l.*
28. *Onychomys l.*
29. *Neotoma l.*
30. *Peromyscus l.*
31. *Sciurus l.*
32. *Thomomys l.*
33. *Reithrodontomys l.*
34. *Onychomys l.*
35. *Neotoma l.*
36. *Peromyscus l.*
37. *Sciurus l.*
38. *Thomomys l.*
39. *Reithrodontomys l.*
40. *Onychomys l.*
41. *Neotoma l.*
42. *Peromyscus l.*
43. *Sciurus l.*
44. *Thomomys l.*
45. *Reithrodontomys l.*
46. *Onychomys l.*
47. *Neotoma l.*
48. *Peromyscus l.*
49. *Sciurus l.*
50. *Thomomys l.*
51. *Reithrodontomys l.*
52. *Onychomys l.*
53. *Neotoma l.*
54. *Peromyscus l.*
55. *Sciurus l.*
56. *Thomomys l.*
57. *Reithrodontomys l.*
58. *Onychomys l.*
59. *Neotoma l.*
60. *Peromyscus l.*
61. *Sciurus l.*
62. *Thomomys l.*
63. *Reithrodontomys l.*
64. *Onychomys l.*
65. *Neotoma l.*
66. *Peromyscus l.*
67. *Sciurus l.*
68. *Thomomys l.*
69. *Reithrodontomys l.*
70. *Onychomys l.*
71. *Neotoma l.*
72. *Peromyscus l.*
73. *Sciurus l.*
74. *Thomomys l.*
75. *Reithrodontomys l.*
76. *Onychomys l.*
77. *Neotoma l.*
78. *Peromyscus l.*
79. *Sciurus l.*
80. *Thomomys l.*
81. *Reithrodontomys l.*
82. *Onychomys l.*
83. *Neotoma l.*
84. *Peromyscus l.*
85. *Sciurus l.*
86. *Thomomys l.*
87. *Reithrodontomys l.*
88. *Onychomys l.*
89. *Neotoma l.*
90. *Peromyscus l.*
91. *Sciurus l.*
92. *Thomomys l.*
93. *Reithrodontomys l.*
94. *Onychomys l.*
95. *Neotoma l.*
96. *Peromyscus l.*
97. *Sciurus l.*
98. *Thomomys l.*
99. *Reithrodontomys l.*
100. *Onychomys l.*
101. *Neotoma l.*
102. *Peromyscus l.*
103. *Sciurus l.*
104. *Thomomys l.*
105. *Reithrodontomys l.*
106. *Onychomys l.*
107. *Neotoma l.*
108. *Peromyscus l.*
109. *Sciurus l.*
110. *Thomomys l.*
111. *Reithrodontomys l.*
112. *Onychomys l.*
113. *Neotoma l.*
114. *Peromyscus l.*
115. *Sciurus l.*
116. *Thomomys l.*
117. *Reithrodontomys l.*
118. *Onychomys l.*
119. *Neotoma l.*
120. *Peromyscus l.*
121. *Sciurus l.*
122. *Thomomys l.*
123. *Reithrodontomys l.*
124. *Onychomys l.*
125. *Neotoma l.*
126. *Peromyscus l.*
127. *Sciurus l.*
128. *Thomomys l.*
129. *Reithrodontomys l.*
130. *Onychomys l.*
131. *Neotoma l.*
132. *Peromyscus l.*
133. *Sciurus l.*
134. *Thomomys l.*
135. *Reithrodontomys l.*
136. *Onychomys l.*
137. *Neotoma l.*
138. *Peromyscus l.*
139. *Sciurus l.*
140. *Thomomys l.*
141. *Reithrodontomys l.*
142. *Onychomys l.*
143. *Neotoma l.*
144. *Peromyscus l.*
145. *Sciurus l.*
146. *Thomomys l.*
147. *Reithrodontomys l.*
148. *Onychomys l.*
149. *Neotoma l.*
150. *Peromyscus l.*
151. *Sciurus l.*
152. *Thomomys l.*
153. *Reithrodontomys l.*
154. *Onychomys l.*
155. *Neotoma l.*
156. *Peromyscus l.*
157. *Sciurus l.*
158. *Thomomys l.*
159. *Reithrodontomys l.*
160. *Onychomys l.*
161. *Neotoma l.*
162. *Peromyscus l.*
163. *Sciurus l.*
164. *Thomomys l.*
165. *Reithrodontomys l.*
166. *Onychomys l.*
167. *Neotoma l.*
168. *Peromyscus l.*
169. *Sciurus l.*
170. *Thomomys l.*
171. *Reithrodontomys l.*
172. *Onychomys l.*
173. *Neotoma l.*
174. *Peromyscus l.*
175. *Sciurus l.*
176. *Thomomys l.*
177. *Reithrodontomys l.*
178. *Onychomys l.*
179. *Neotoma l.*
180. *Peromyscus l.*
181. *Sciurus l.*
182. *Thomomys l.*
183. *Reithrodontomys l.*
184. *Onychomys l.*
185. *Neotoma l.*
186. *Peromyscus l.*
187. *Sciurus l.*
188. *Thomomys l.*
189. *Reithrodontomys l.*
190. *Onychomys l.*
191. *Neotoma l.*
192. *Peromyscus l.*
193. *Sciurus l.*
194. *Thomomys l.*
195. *Reithrodontomys l.*
196. *Onychomys l.*
197. *Neotoma l.*
198. *Peromyscus l.*
199. *Sciurus l.*
200. *Thomomys l.*
201. *Reithrodontomys l.*
202. *Onychomys l.*
203. *Neotoma l.*
204. *Peromyscus l.*
205. *Sciurus l.*
206. *Thomomys l.*
207. *Reithrodontomys l.*
208. *Onychomys l.*
209. *Neotoma l.*
210. *Peromyscus l.*
211. *Sciurus l.*
212. *Thomomys l.*
213. *Reithrodontomys l.*
214. *Onychomys l.*
215. *Neotoma l.*
216. *Peromyscus l.*
217. *Sciurus l.*
218. *Thomomys l.*
219. *Reithrodontomys l.*
220. *Onychomys l.*
221. *Neotoma l.*
222. *Peromyscus l.*
223. *Sciurus l.*
224. *Thomomys l.*
225. *Reithrodontomys l.*
226. *Onychomys l.*
227. *Neotoma l.*
228. *Peromyscus l.*
229. *Sciurus l.*
230. *Thomomys l.*
231. *Reithrodontomys l.*
232. *Onychomys l.*
233. *Neotoma l.*
234. *Peromyscus l.*
235. *Sciurus l.*
236. *Thomomys l.*
237. *Reithrodontomys l.*
238. *Onychomys l.*
239. *Neotoma l.*
240. *Peromyscus l.*
241. *Sciurus l.*
242. *Thomomys l.*
243. *Reithrodontomys l.*
244. *Onychomys l.*
245. *Neotoma l.*
246. *Peromyscus l.*
247. *Sciurus l.*
248. *Thomomys l.*
249. *Reithrodontomys l.*
250. *Onychomys l.*
251. *Neotoma l.*
252. *Peromyscus l.*
253. *Sciurus l.*
254. *Thomomys l.*
255. *Reithrodontomys l.*
256. *Onychomys l.*
257. *Neotoma l.*
258. *Peromyscus l.*
259. *Sci*

INTERVIEWEES

PATROL OFFICIAL

EXAMEN FÍSICO

Changin

1	2
---	---

[illegible]

EXAMPLE 1 (continued)

- *Plasmodium falciparum*
- *Plasmodium vivax*
- *Plasmodium malariae*
- *Plasmodium ovale*

to circulation

Experiencia: _____

Experiencia: _____

PROCEEDINGS

1	2

id	Pub

2	3

ASSISTENTE E CA...

[illegible]

COMPRÉV SEGUROS E FRETAMENTO S/A
05 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[illegible]

REG-08

TOLUENE DIISOCYANATE - DUTY

COMPREV
COMPLEV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
05 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Data da Operação		Enf.	Leito
Operador		1º Auxiliar	2º Auxiliar
3º Auxiliar		Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligadura - Drenagem - Sutura - Material Enxerto - Aspecto Visceral

- 1) Acesso - SHT
- 2) Acesso + A + longa extra
- 3) Dissecção da membrana - zona (zona) lateral de fúlbros + de toda lateral
- 4) Acesso anterior - neural + dissecção por fúlbros
- 5) Dissecção fragmentos da parede neural
- 6) Colocação da membrana de fúlbros + de toda lateral
- 7) Acesso anterior - neural + transposição

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

[illegible]

COMPREZ SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 MAR. 2011
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Desenho por plano

- 1 Redução da altura
- 2 Redução do plano a h + perpendicula
- 3 Plano horizontal
- 4 Linha por plano + linha



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Relatório de Operação

1070

ASSINATURA E CARIMBO (DO RESPONSÁVEL)

14. *Aviz*

Assinatura do prestador:

COMPRÉV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
05 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HISTÓRICO

(Data de coleta: 08/12/2017 08:26)

SÉRIE VERMELHA

Resultados	Valores de Referência
Eritrócitos..... 3,60 milhões/mm ³	4,2 a 5,8 milhões/mm ³
Hemoglobina..... 11,6 g/dL	13,0 a 16,0 g/dL
Hematócrito..... 35 %	40,0 a 50,0 %
V.C.M..... 97 fL	82,0 a 101,0 fL
H.C.M..... 32 pg	27,0 a 31,0 pg
C.R.C.M..... 33 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Resultados	Valores de Referência
Leucócitos..... 8.400 /mm ³	4.000 a 11.000 /mm ³
(%)	(%)
Neutrófilos..... 0	0
Linfócitos..... 0	0
Monócitos..... 0	0
Eosinófilos..... 0	0
Bastões..... 0	0
Basófilos..... 0	0
Plaquetas..... 16,0	1,344 a 4,16 x 10 ⁹ /mm ³
Atípicas..... 0	0
Mielóides..... 0	0
Contagem de Plaquetas..... 255.000 mm ³	150.000 a 400.000 /mm ³

OBSERVAÇÕES: Contagens repetidas e confirmadas.

[Assinatura]
Dr. João Carlos de Almeida
Médico

Imprimir: 08/12/2017 10:13 - Página 1 de 2

TEMPO DE COAGULAÇÃO

8'00 min
Amostra anterior: 08/12/17, 8'30" -
Data de coleta: 08/12/2017 10:13
Material: Sangue
Método: Jca/Mini

TEMPO DE SANGRAMENTO

2'00
Amostra anterior: 08/12/17, 2'30" -
Data de coleta: 08/12/2017 10:13
Material: Sangue
Método: Jca/Mini

[Assinatura]
Dr. João Carlos de Almeida
Médico

Imprimir: 08/12/2017 10:13 - Página 2 de 2

GLICOSE (JEJUNO)

96 mg/dL

(Data de coleta: 08/12/2017 10:13)
Método: Jca/Mini
Método: Jca/Mini

Valores de Referência:
Fasting..... 70 a 100 mg/dL
2h..... 120 a 160 mg/dL
3h..... 100 a 140 mg/dL
4h..... 80 a 120 mg/dL
5h..... 60 a 100 mg/dL
6h..... 50 a 90 mg/dL
7h..... 40 a 80 mg/dL
8h..... 30 a 70 mg/dL
9h..... 20 a 60 mg/dL
10h..... 10 a 50 mg/dL
11h..... 10 a 50 mg/dL
12h..... 10 a 50 mg/dL
13h..... 10 a 50 mg/dL
14h..... 10 a 50 mg/dL
15h..... 10 a 50 mg/dL
16h..... 10 a 50 mg/dL
17h..... 10 a 50 mg/dL
18h..... 10 a 50 mg/dL
19h..... 10 a 50 mg/dL
20h..... 10 a 50 mg/dL
21h..... 10 a 50 mg/dL
22h..... 10 a 50 mg/dL
23h..... 10 a 50 mg/dL
24h..... 10 a 50 mg/dL

[Assinatura]
Dr. João Carlos de Almeida
Médico

Imprimir: 08/12/2017 10:13 - Página 1 de 1

Handwriting practice on graph paper. The page contains four rows of cursive letter formation exercises. Each row begins with a letter (d, a, p, k) and is followed by a series of connected loops. Above each row, there are small letters 'a' and 'p' indicating the starting point for the loops. The loops are formed by connecting the top of the letter to the bottom of the letter, creating a continuous chain.

05 MAR. 2 11
COMPREVE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[illegible]

Data da Internação: 06/12/2017 Hora: 08:33:09

SUS Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde:			
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
Identificação do Paciente:			
JORGE OLINTO DE SOUSA		1558946	
1 - Carga no SUS:		2 - Data de Nascimento: 20/01/1969	
3 - Nome do pai ou responsável:		4 - Nome do paciente:	
ESPEDITA MARIA DA CONCEIÇÃO		5 - Número do paciente: 00040437	
6 - Endereço atual, nº, bairro:		7 - Cidade:	
RUA HELIO MOURA, 53, SANTA TERESINHA		8 - Estado:	
9 - Município de residência:		10 - CEP:	
Campinas Grande		250400 PB 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO:			
P. de dor + ef. hemul m.i.d.			
11 - Condições que justificam a internação:			
12 - Fatores de risco de agravamento da doença ou de morte:			
13 - Fatores de risco de contágio:			
14 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
15 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
16 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
17 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
18 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
19 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
20 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
21 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
22 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
23 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
24 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
25 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
26 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
27 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
28 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
29 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
30 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
31 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
32 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
33 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
34 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
35 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
36 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
37 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
38 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
39 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
40 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
41 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
42 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
43 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
44 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
45 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
46 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
47 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
48 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
49 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
50 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
51 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
52 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
53 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
54 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
55 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
56 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
57 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
58 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
59 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
60 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
61 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
62 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
63 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
64 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
65 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
66 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
67 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
68 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
69 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
70 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
71 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
72 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
73 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
74 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
75 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
76 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
77 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
78 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
79 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
80 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
81 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
82 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
83 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
84 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
85 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
86 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
87 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
88 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
89 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
90 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
91 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
92 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
93 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
94 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
95 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
96 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
97 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
98 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
99 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			
100 - Fatores de risco de transmissão de doenças:			

DIAGNÓSTICO

FORMA DE TRATAMENTO EVOLUÇÃO

Paciente	Data	Letra	Convênio	Horário	Atendimento	Prescrição Médica
Jorge Olinto de Sousa	06/12/2017	01	01	08:30	01	1. Dor + ef. hemul m.i.d. 2. Dor + ef. hemul m.i.d. 3. Dor + ef. hemul m.i.d. 4. Dor + ef. hemul m.i.d. 5. Dor + ef. hemul m.i.d. 6. Dor + ef. hemul m.i.d. 7. Dor + ef. hemul m.i.d. 8. Dor + ef. hemul m.i.d. 9. Dor + ef. hemul m.i.d. 10. Dor + ef. hemul m.i.d.
						11. Dor + ef. hemul m.i.d. 12. Dor + ef. hemul m.i.d. 13. Dor + ef. hemul m.i.d. 14. Dor + ef. hemul m.i.d. 15. Dor + ef. hemul m.i.d. 16. Dor + ef. hemul m.i.d. 17. Dor + ef. hemul m.i.d. 18. Dor + ef. hemul m.i.d. 19. Dor + ef. hemul m.i.d. 20. Dor + ef. hemul m.i.d.
						21. Dor + ef. hemul m.i.d. 22. Dor + ef. hemul m.i.d. 23. Dor + ef. hemul m.i.d. 24. Dor + ef. hemul m.i.d. 25. Dor + ef. hemul m.i.d. 26. Dor + ef. hemul m.i.d. 27. Dor + ef. hemul m.i.d. 28. Dor + ef. hemul m.i.d. 29. Dor + ef. hemul m.i.d. 30. Dor + ef. hemul m.i.d.
						31. Dor + ef. hemul m.i.d. 32. Dor + ef. hemul m.i.d. 33. Dor + ef. hemul m.i.d. 34. Dor + ef. hemul m.i.d. 35. Dor + ef. hemul m.i.d. 36. Dor + ef. hemul m.i.d. 37. Dor + ef. hemul m.i.d. 38. Dor + ef. hemul m.i.d. 39. Dor + ef. hemul m.i.d. 40. Dor + ef. hemul m.i.d.
						41. Dor + ef. hemul m.i.d. 42. Dor + ef. hemul m.i.d. 43. Dor + ef. hemul m.i.d. 44. Dor + ef. hemul m.i.d. 45. Dor + ef. hemul m.i.d. 46. Dor + ef. hemul m.i.d. 47. Dor + ef. hemul m.i.d. 48. Dor + ef. hemul m.i.d. 49. Dor + ef. hemul m.i.d. 50. Dor + ef. hemul m.i.d.

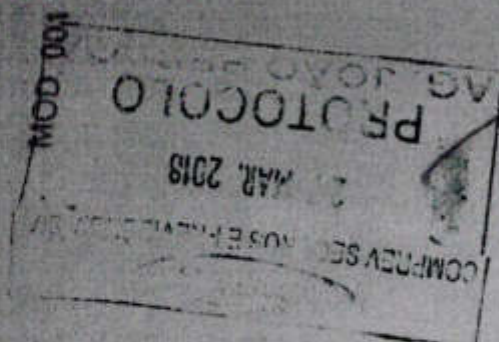
COMPREV SIGROS E PRECISEM ASIA
 05 MAR 2018
 PROTOCOLO 1004

R/ Jorge Olinda

Solicito

Fisioterapia motor

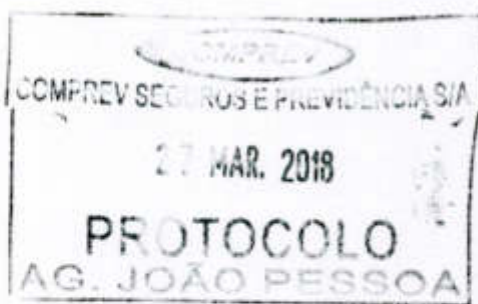
Dx: fx de plastia tibia



10.12.17

Data


Dr. Walter Salas
Médico



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A) JOÃO PESSOA
582 PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 582 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 08.12.17 A 10.12.17 NECESSITANDO DE
90 (noventa) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
Campina Grande 10.12.17

Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO <i>[Assinatura]</i>		DATA 10.07.18	HORA DA ENTRADA 17:10	Nº ATENDIMENTO 135
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME Geraldo Alves da Costa		DATA DE NASCIMENTO 16.10.55	IDADE 62A	SEXO M
CPF 67439577487	RG 853.194	DATA DE EXPEDIÇÃO 29.04.85		
NATURALIDADE J. Serido	ESTADO CIVIL Casado	PROFISSÃO Agricultor	CARTÃO SUS 700501919560750	
NOME DA MÃE Rita Chirnce de Costa	NOME DO PAI Gervasio Alves de Costa			
ENDEREÇO R. Tulo de Aguiar, 268	BAIRRO Boa Passagem			
CIDADE/ESTADO Caicó	TELEFONE DE CONTATO		RAÇA/COR	
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA mmHg	FC bpm	FR irpm	TEMP. AXILAR °C	SpO2 %
Glicemia mg/dl				
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
<i>Insuficiência renal D. em insuficiência funcional e sintomática</i>				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		ESCORE DE GLASGOW		

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

Rx nas D. Ap. L

CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

Emers ao ortopedista

Incluzir, a cronograma

Cassia F. do Nascimento

Médico do Trabalho

CRM 1555 / PF 021.884.454-04

MÉDICO PLANTONISTA/CRM

RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN

CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE

Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem

MOTIVO DA SAÍDA

- ☐ ALTA MÉDICA
☐ EVASÃO
☐ RECUSA DO TRATAMENTO
☐ ÓBITO

REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE DESTINO: _____

DATA: ____/____/____ HORA DA SAÍDA: _____



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perimetro Imgado Sá, s/n - Bairro Paulo VI - Caixá (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, 2 9628

RECEITUÁRIO

Carolina Alves

8

Clarex 500 — 019

01 com 12h.

Tela tipo lisa em posição

horizontal, incluindo 2°, 3°, 4°, 5° de A.R. de

Reclus: 9-3-18 7:30h.

Ruim de A.R. de

Sem caso

19-3-18

Dr. João Batista Filho
Dr. Carlos Alberto de Brito
TROT 981 502 534-91



Prefeitura Municipal de São José do Seridó/RN
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ: 11.942.201/0001-99
Rua Vicente Pereira, 22 - Centro - São José do Seridó/RN
CEP: 59.275-000 Fone: (54) 3475-2323
E-mail: smsa@serido.rn.gov.br

Com assinatura!
**FICHA DE REFERÊNCIA
SUS - RN**

Unidade de Origem	Unidade	Prontuário	FAM
Paciente: <u>Arnaldo Alves da Costa</u>			
Endereço: <u>R. 13 de Maio</u>		Município: <u>S. J. Seridó</u>	
Idade: <u>62</u>	Sexo: ☒ M ☐ F	Ocupação: _____	
Nome do responsável: _____			

DADOS CLÍNICOS		RESUMO CLÍNICO	
Resultado dos exames: <u>Fratura 3 metacarpo direito</u>			
Tratamento já realizado: _____			
Impressão diagnóstica: <u>Fratura em met D.</u>			
<u>Demétrio Araújo</u>	<u>5567</u>	<u>Assinatura</u>	<u>16/02/18</u>
Médico	CRM	Médec. C.O. CRM 5587	Data

AGENDAMENTO	
Encaminhamento para a especialidade	<u>Ortopedia</u>
Consulta marcada para a Unidade	Município: _____
Para o Dr. _____	às _____ hs. do dia _____/_____/____

**FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA
SUS - RN**

Preencher quando resolvido o problema que gerou a referência

Unidade referenciada: _____	Município: _____
PACIENTE: _____	

ATENÇÃO PRESTADA

RESUMO CLÍNICO	
Resultado dos exames realizados: _____	
Diagnóstico: _____	CID: _____
Conduta: _____	
Observações: _____	
_____	_____
Médico	CRM
_____	_____

Unidade	Prontuário	FAM

Garantia a continuidade de _____

Assistência cadastrado ao paciente sob o N° _____

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO <i>João Carlos</i>		DATA <i>19.02.18</i>	HORA DA ENTRADA <i>07:50</i>	Nº ATENDIMENTO <i>19</i>
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME <i>Genalbo Alves da Costa</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>16/10/1955</i>	IDADE <i>62</i>	SEXO <i>m</i>
CPF <i>475395774-87</i>	RG <i>853.198</i>	DATA DE EXPEDIÇÃO <i>29/08/1985</i>		
NATURALIDADE <i>João Pessoa - RN</i>	ESTADO CIVIL <i>casado</i>	PROFISSÃO	CARTÃO SUS <i>700.50191956-075</i>	
NOME DA MÃE <i>Lida Chameca da Costa</i>		NOME DO PAI <i>Severino Alves da Costa</i>		
ENDEREÇO <i>Julio Rodrigues 268</i>		BAIRRO <i>Boa Passagem</i>		
CIDADE/ESTADO <i>Caicó - RN</i>		TELEFONE DE CONTATO <i>98816-8350</i>	RACA/COR <i>BRANCA</i>	
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA	mmHg	FC	bpm	FR
				TEMP. AXILAR
				°C
				SpO2
				%
				Glicemia
				mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
<i>transl. no mto - D por pulso mto x mto</i>				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		SCORE DE GLASGOW		

Confere com o Original

Caicó - RN, *15/03/2018*

João Carlos

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

8 Rx de mão D em AP/L (3º duto)

CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

Alto do otolaringologista


Dr. Irani Araújo
Médico
CRM 892-RN
CPF 050.622.424-68

MÉDICO PLANTONISTA/CRM

RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN

CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem

MOTIVO DA SAÍDA

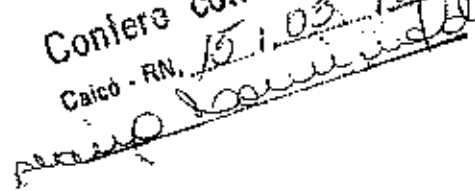
- ☐ ALTA MÉDICA
☐ EVASÃO
☐ RECUSSA DO TRATAMENTO
☐ ÓBITO

REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE DESTINO: _____

DATA: ____/____/____ HORA DA SAÍDA: _____

Confere com o Original
Calco - RN, 15.1.03. 12018


Maria Aparecida



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perimetro Iluminado Sabugi, s/n - Bairro Paulo Vile - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (CPF): 08.241.754/0135-572 - Telefax: (0**84) 3421-9630 e 9628

ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM TRAUMA E ORTÓPEDIA

DATA DO ATENDIMENTO: 19/02/18 INSTRUÇÃO RESPONSÁVEL: _____
PACIENTE: Genaldo Alves da Costa DN: 16/10/55
RG: 853 198 CPF: _____ SUS: 700 5019 1956 0750
ESTADO CIVIL: Casado SEXO: M IDADE: 62 TELEFONE: 9.8816 8350
PAI: Servirino Alves da Costa MÃE: Rita Chianca da Costa
ENDERÇO: R. Teófilo Rodrigues Nº 268
BAIRRO: Boa Passagem CIDADE: Caicó UF: _____
MÉDICO: _____
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: Uti 201

LAUDO MÉDICO

PRINCIPAIS SINAIS CLÍNICOS:

Net no D.

PRINCIPAIS RESULTADOS DA PROVA DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

PROCEDIMENTO INDICADO:

Trauma

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO: Leva Genito
CID: _____ CODIGOSIA/SUS: 03.03.09.022-7

EQUIPE MÉDICA: CIRÚRGIAO: _____ CRM: _____

AUXILIAR: _____ CRM: _____

Dr. Silvio Santos Filho

Traumatologista

TEOT 9875 CRM/RN 4419

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ AUDITOR: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO SERIDÓ/
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE MARIA APARECIDA DANT.
Rua Manoel Louro 112, Centro - São José do Seridó/RN
Fone: (84) 3478-2216 E-mail: smssaojosedoserido@rn.gov.br

BOLETIM DE ATENDIMENTO

Número da Ocorrência: _____ Data: 10.02.18 Hora: 13:19h

Responsável pelo preenchimento: *Elyb Silva*

Identificação do Paciente

Nome: *Geraldo Alves da Costa* Idade: *62 anos* Sexo: *M*
Nº Cartão do SUS: _____ CPF/RG: _____ Data de Nas: *76/10/1925*
Endereço: *R: 73 maio no 577* Bairro: *Liberdade*
Cidade: *São José do Seridó* Ocupação: _____ Fone: () 9- _____
Forma de Chegada: ☒ (X) Melos Próprios ☐ () Ambulância ☐ () Outros

Classificação de Risco

PA: *100x60* FC: _____ FR: _____ T: _____ HGT: _____ SatO2: _____

DOR
☐ () Aguda ☐ () Crônica ☐ () Recorrente ☐ () Leve ☐ () Moderada ☐ () Forte ☐ () Severa

Estado Geral

☐ () Aparentemente bem ☐ () Regular ☐ () Grave ☐ () Inconsciente ☐ () Consciente ☐ () Orientado
☐ () Confuso ☐ () Convulsão ☐ () Hemorragias ☐ () Politraumatizado ☐ () Outro

Queixa Principal

Comorbidades: _____
Medicamento em uso: _____
Alergia a medicamento: _____
Entermeio/técnico em enfermagem: _____

Coren: _____ Hora: _____

Avaliação Médica

História da doença/Estado clínico

Paciente c/ dor
na mão D por
queda de mto em
trabalho em 3 meses pas D

Diagnóstico

Traumatismo

() Decisão Médica () Cura () À pedido () À revelia () Óbito	
() Decisão Médica () Cura () À pedido () À revelia () Óbito	() Decisão Médica () Cura () À pedido () À revelia () Óbito
Dr. João Batista de Brito CRM - RN 1987 CPF 036.502.034-04	
Assinatura e Carimbo Médico	Hora

Alta Hospitalar:	() Decisão Médica () Cura () À pedido () À revelia () Óbito
Internamento:	Internado na Unidade Mistas às:
Transferência:	Destino:

_____ Data _____ Hora _____

_____ Assinatura e Carimbo Médico

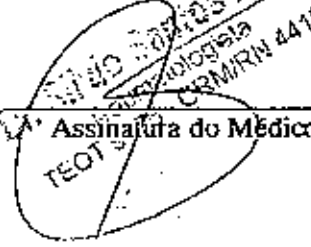


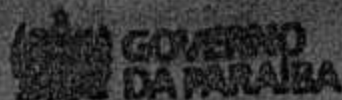
Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perimetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (ME): 08.241754/0135-57 - Telefex: (084) 3421-9630 e 9628

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado Genildo Almeida Costa foi
examinado nesta Unidade Hospitalar Regional do Seridó, às 08 horas, necessitando
de 30 (trinta) dias de afastamento do trabalho por motivo de moléstia no CID com
Nº 562 a partir desta data.

Caicó RN, 19.12.18


Assinatura do Médico-CRM



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

Pl Jones Oliveira

Solicito

Fisioterapia postural

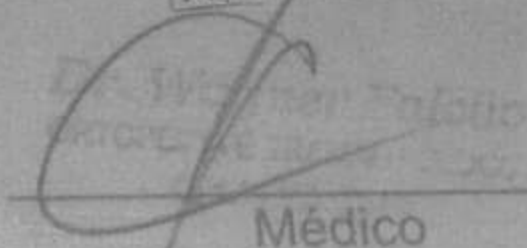
Dx: f+ de platô tibial

MOD 001

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
3 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

10.12.17

Data


Médico



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Jorge Olimpio
52242 PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 582 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 08.11.17 A 10.12.17 NECESSITANDO DE
90 (noventa) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande 10.12.17

Ass. do Médico - Nº do CRM _____

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável _____





TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 14347494

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.900/94)



ASSINATURA DO PORTADOR
Gerson Luciano Santos Netto




RESERVAÇÕES

13 DEZ. 2017

Rodrigo Freire Costa
Oficial Registrador
Candói Campina Grande-PB
Dist. S. J. da Mata

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
GERSON LUCIANO SANTOS NETTO

FILIAÇÃO
JOSE FERNANDO VIDAL SANTOS
RIZALVA DE SOUSA MARCULINO VIDAL

NATURALIDADE
CONGO-PB

DATA DE NASCIMENTO
14/03/1992

NO
3381668 - 38DS/PB

DATA DE EMISSÃO
081.192.334-83

VALIDADE
21/06/2017

PAULO ANTONIO NUNES SILVA
PRESIDENTE

24014

Rodrigo Freire Costa
Oficial Registrador
Candói Campina Grande-PB
Dist. S. J. da Mata

CAMPINA GRANDE CARTÓRIO UNIDO DO DISTRITO DE SÃO JOSÉ DA MATA
Rua João Miguel Leão, s/nº - Distr. de São José da Mata - Campina Grande - PB
Cap 58441-000 - Fone: (83) 3314-1233 / 3311-4420 / 33903-3626
Oficial Registrador: Rodrigo Freire Costa

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a Presente Cópia é Reprodução Fiel do Original que me foi
Exibido, Dou Fé.
Campina Grande-PB, 13 DEZ. 2017

SELO NORMAL
SELO DIGITAL Nº AF 272111-F1T

Consulte a autenticidade <https://sctodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

20 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




POLEGAR DIREITO

Geraldo Alves da Costa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

853.198 DATA 29.03.1985

GERALDO ALVES DA COSTA

SEVERINO ALVES DA COSTA

RITA CHIANCA DA COSTA

NATURALIDADE DO SERVIDOR 16.10.1951

C/CAS. Nº 540, 15.195, LV. B. 9 DO 2º

CART. JUD. DE J. DO SERVIDOR

475395714.67

LEI Nº 7.116 DE 1983

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OUTRAS - SEGURO DPVAT

RN Nº 013253249297 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800-022 1204

EXERCÍCIO 2017 13/07/2017

VIA 1	COT. ÚNICA 061.585.224-65	PLACA MX9298
RENAVAM 00849674419	NORMA/CG 150 TITAN R8	MARCA/MODELO
ANO FAB 2004	CAT. UNIC 9C2RC06105RB15793	CHASSI

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$)	TARIFÁRIO (R\$)	CUSTO DE EMISSÃO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	CS (R\$)	CS (R\$)
PAGAMENTO	PARCELADO	COTA ÚNICA

SEGURODORA LÍDER DPVAT

CNPJ 06.249.899/01-04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 0017 - COBISA Nº 013253249297
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 3	COB. RENAVAM 00849674419	RN 0017
EXERCÍCIO 2017	DATA 13/07/2017	

RENZACI: RENZACI	NOME
DETRAN - RN 0017	

COT. ÚNICA 061.585.224-65	PLACA MX9298
---------------------------	--------------

PLACANT. (UP) MZ0793320	CNA-IB
-------------------------	--------

ESPECIFICAÇÃO	CONSTRUÇÃO
---------------	------------

RENDAM/MS 150 TITAN R8	ANO FAB 2004
------------------------	--------------

CAT. ÚNICA 9C2RC06105RB15793	CNA-IB
------------------------------	--------

COTA ÚNICA 061.585.224-65	PREMIO TOTAL (R\$)
---------------------------	--------------------

PREMIO (R\$)	TARIFÁRIO (R\$)
--------------	-----------------

CUSTO DO BILHETE (R\$)	CUSTO DE EMISSÃO (R\$)
------------------------	------------------------

PAGAMENTO	PARCELADO
-----------	-----------

COTA ÚNICA	PREMIO TOTAL (R\$)
------------	--------------------

DATA 13/07/2017	DATA DE PAGAMENTO
-----------------	-------------------



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180085532 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGE OLINTO DE SOUZA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0294393/18
Vítima: GERALDO ALVES DA COSTA
CPF: 475.395.774-87

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 10/02/2018
Titular do CPF: GERALDO ALVES DA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



GERALDO ALVES DA COSTA : 475.395.774-87

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 cancela 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: 30/07/2018
Nome: GERALDO ALVES DA COSTA
CPF/CNPJ: 475.395.774-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

GERALDO ALVES DA COSTA

JULIANA MARQUES RODRIGUES

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

 Nome da Vítima **GERALDO ALVES DA COSTA**

 Data do Acidente **10/02/2018**

 CPF: **425.395.774-89**
2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

 Nome **GERALDO ALVES DA COSTA**
☒ A própria Vítima ☐ Representante Legal: Grau de Parentesco:

 Endereço **RUA 13 DE MAIO**

 No. **513**

Complemento

 Bairro **LIBERDADE**

 Cidade **SÃO ROSE DO SERIDO**

 UF **RN**

 CEP **59878-000**

Telefone

Email

Informações Importantes!

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.
- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

3. COBERTURA SOLICITADA ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DESPESAS MÉDICAS**

 Atenção!  Preencha com ☒ Para documentação entregue

4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).
- ☒ Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☒ CPF da vítima (Cópia simples e legível).
- ☒ Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).
- ☐ Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários, (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).
- ☐ Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da Invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).
- ☒ Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

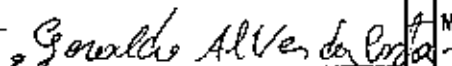
DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).
- ☐ Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).
- ☐ Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

 Data **23/07/18**

 Nome **Geraldo Alves da Costa**

 Identidade **853 698**

 Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

 Data **23/07/18**
☒ Recebi os documentos assinalados

 Nome **Felipe Mendes de Medeiros**

 Matrícula Correios **8.627.662-0**

 Assinatura do Atendente

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima GERALDO ALVES DA COSTA
Data do Acidente 10/02/2018 - CPF: 415.395.774-87

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome GERALDO ALVES DA COSTA
☒ A própria Vítima ☐ Representante Legal: Grau de Parentesco: _____
Endereço RUA 13 DE MAIO
No. 51 Complemento _____ Bairro LIBERDADE
Cidade SÃO ROSE DO SEREDÓ UF RN CEP 59378-000
Telefone _____ Email _____

Informações Importantes!

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.
- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

3. COBERTURA SOLICITADA ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DESPESAS MÉDICAS**

Atenção! ☐ Preencha com ☒ Para documentação entregue

4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).
- ☒ Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☒ CPF da vítima (Cópia simples e legível).
- ☒ Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).
- ☐ Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários, (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).
- ☐ Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).
- ☒ Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☐ Comprovações (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).
- ☐ Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).
- ☐ Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 12/02/18
Nome Arnaldo Alves da Costa
Identidade 853 198
Gerardo Alves da Costa
Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

Data 12/02/18 ☒ Recebi os documentos assinalados
Nome Fabiana Guedes de Almeida
Matrícula Correios 8 627 662 0
[Assinatura]
Assinatura do Atendente

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

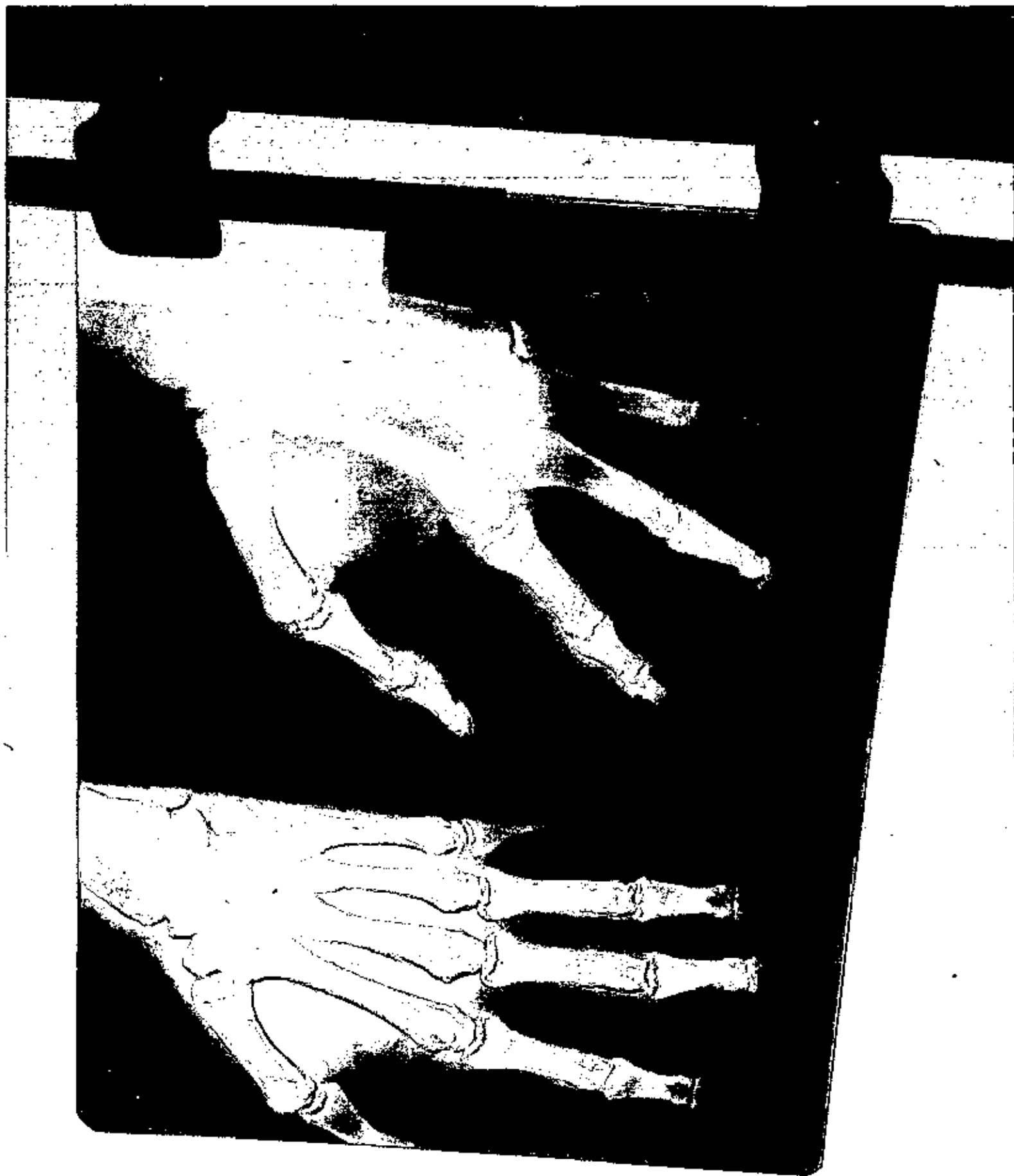
Atenciosamente,

→ Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180085532 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGE OLINTO DE SOUZA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: REITERO SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, SEQUELAS PERMANENTES E EXAMES DE IMAGEM.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM do médico: 52.34194-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

IVONE S. Valice

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180085532 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGE OLINTO DE SOUZA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180085532 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGE OLINTO DE SOUZA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO, NO MOMENTO. SOLICITO AINDA APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, EXAMES DE IMAGEM, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM do médico: 52.34194-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

IVONE S. Valice

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062350/18

Número do Sinistro: 3180085532

Vítima: JORGE OLINTO DE SOUZA

CPF: 054.256.254-56

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 03/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JORGE OLINTO DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 13/09/2018
Nome: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO
CPF: 091.192.334-93

GERSON LUCIANO SANTOS NETTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS