

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: 23/06/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALTEMIR FLORENCIO MATIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02380

CONTA: 00000001092-2

Nr. da Autenticação 7CCE81C08D9F4023

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150407700
Vítima: ALTEMIR FLORENCIO MATIAS

Cidade: Mossoró
Data do acidente: 09/02/2015

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma em região abdominal, evoluindo com a perda do baço

Descrição do exame dor abdominal constante pós esplenectomia, resfriados constantes
médico pericial:

Resultados terapêuticos: laparotomia exploradora para retirada do baço(esplenectomia).

Sequelas permanentes: laparotomia exploradora para retirada do baço(esplenectomia).

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/06/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Dixon Fradik Medeiros Lima

CRM do médico: 5997

UF do CRM do médico: RN

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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Altemir Florencio Matias
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Levanilson Duarte Maia, 31
Belo Horizonte Mossoró RN CEP: 59604-471
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 1129647
Data local do exame: [18/06/2015] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Trauma em regiao abdominal,evoluindo com a perda do baço.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

Sim Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

Sim Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Paciente vítima de queda de moto no dia 09/02/2015 em Mossoro/RN,apresentou trauma em regiao abdominal,evoluindo com abdome agudo,sendo necessário laparotomia exploradora para retirada do baço(esplenectomia).

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

Sim Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Referi dor abdominal constante pos esplenectomia,resfriados constantes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

Baço (Retirada Cirúrgica - Esplenectomia)

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2015

Carta n°: 7283060

A/C: ALTEMIR FLORENCIO MATIAS

Sinistro: 3150407700
Vitima: ALTEMIR FLORENCIO MATIAS
Data Acidente: 09/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ALTEMIR FLORENCIO MATIAS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000002380

Conta: 000001092-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%

Graduação: Em grau completo 100%

% Invalidez Permanente DPVAT: (100% de 10%) 10,00%

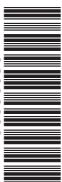
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

DOCUMENTO 1 *110%

Nº DO SINISTRO

MPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário 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, ALTEMIR FLORENCIO MATIAS, EXPEDIDO POR **ITEP RN** EM **31/05/1988** E PORTADOR(A) DO RG Nº **1129647** /NPJ **00000000000000000000**, PROFISSÃO **RECU SOU**, CPF **031397984-74** (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO RENDA MENSAL DE R\$ **RECU SOU** (*), AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **ALTEMIR FLORENCIO MATIAS**, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABALHO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- * Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- * Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- * Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- * Conta tipo FACIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- * Conta tipo CEF, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- * Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- * Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de depósito);
- * Comprovatório dos dados bancários;
- * CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo **1013 1013 1013**.
- * Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTES: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com impressão digitalizada/scaner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão multibanco com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO **04** N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **2380** N° da CONTA (com dígito, se existir) **3090 -2**

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRISSAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

mossoeo de 25 de março de 2015 *Altemir Florencio matias*

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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

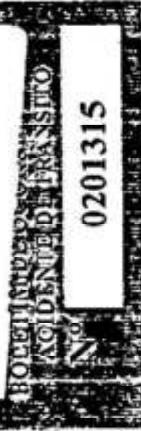
Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.segurotransitio.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221104.

LOCAL E DATA

31500004400



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRAFEGO



RELATÓRIO DO ACIDENTE

Local: *Av. Alberto Maranhão*
P. Ref. *Próximo ao Bar do Munica*

Bairro: *Alto da Conceição*
Data: *09/02/2015*

VEÍCULO INVOLVIDO NO ACIDENTE

Placa	Cidade	Ano	Massoré	UF	(RN)
<i>OVZ9685</i>		<i>2014</i>			
Marca/Mod.	<i>HONDA / CG150 FAN ESDI</i>				
Proprietário	<i>ALTENIR FLORENCIO MATIAS</i>				
Condutor	<i>Altentir Florêncio Matias</i>				
Endereço	<i>Rua Nevanilson Duarte Maia</i>	<i>nº</i>	<i>31</i>	<i>fone</i>	*****
Bairro	<i>Belo Horizonte</i>	<i>Cidade</i>	<i>Massoré</i>	<i>UF</i>	<i>RN</i>
CPF nº	<i>031.397.984-74</i>	<i>RG nº</i>	<i>1129.647</i>	<i>Órgão Expedidor</i>	<i>ITEP</i>
Local de Trabalho	<i>Panificadora Santa Maria - Rua Coelho Neto, Massoré / RN.</i>			<i>UF</i>	<i>RN</i>

3ª VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava? *Av. Alberto Maranhão*
Em que sentido? *Centro / BR 304*
Versão do condutor:
Em que faixa? *Em que faixa?*

Versão do condutor:

"Que uma pedestre atravessou normalmente a via e ainda tentei desviar para evitar o acidente, mas não foi possível. Fui conduzido juntamente com a pedestre para o HIRM pela equipe do SAMU

Obs.: versão colhida no dia 13/02/2015 às 11h30min. na sede do 2º DPRE. *****

Assinatura do Condutor *A. Henriquez*

Observação do Agente de Trânsito:

Nome do Agente que registrou as informações	Francisco José Silva Oliveira
Posto/Graduação	Sd.

PM nº	97.643	Viatura	***	Unidade	2º DPRE
-------	--------	---------	-----	---------	---------

ARUANA SEGUROS
05 MAI 2015

UNIVERSITÁRIO L 1670
UNIVERSITÁRIO L 1670

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, ALTEMIR FLORENCIO matias, RG nº 1129647 data de expedição , Órgão SSP-RN, CPF nº 031.397.984-74, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA: LEVANILSON DUARTE MAIN</u>		
Número	<u>31</u>		
Apto / complemento	<u></u>		
Bairro	<u>BELO HORIZONTE</u>		
Cidade	<u>MOSSSORÓ</u>		
Estado	<u>RN</u>		
CEP	<u>59.605-315</u>		
Telefone de Contato	<u>(84) 3062-3380 / 9669-1977</u>		
E-mail	<u>Jacksonbarreto25@hotmail.com</u>		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MOSSSORÓ - RN - 05/03/2015

Assinatura do Declarante Altemir Florencio matias

ARUANA

05 MAI 2015

Ass.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

0201315

Local M. ALBERTO MARQUES Bairro MTO Da concordado

Cidade/UF MURSÓDO P. Ref.

Data 09/02/2015 Hora do acidente 20:45 Hora do registro 20:02 Dia da semana SEG. FÉLIX

Ex.: JUNTO AOS VEHÍCULOS INVOLVIDOS:

- Colisão Frontal - Colisão Lateral
- Colisão Posterior - Colisão Transversal

Def. Social

2º DPRE

- Choque

- Capotamento

SSORORRN

- Atropelamento

- Outros)

Def. Social

2º DPRE

- Choque

- Capotamento

SSORORRN

- Atropelamento

- Outros)

Placa ou Chassi 01VZ 9625 Cidade JOAQUIM DA SILVA UF RN

Marca/Mod. MONDIAL 1.6 16V 1.6 Cor VERMELHA Ano 2014 / 2014

Proprietário ALICE MARIA DE FREITAS MACHADO N° de Ocupantes 01

Condutor ALICE MARIA FIORENCIA MACHADO Data de Nasc. / /

Endereço BELO HORIZONTE Nº Fone

Bairro Cidade UF

CPF N° 031 391 984 74 CNH Nº Validade / / Categoria

Local de Trabalho PAUCAUCHOCHE CNH Nº Fone

End. Bairro Cidade



VOLUME UNICO 1470

PLACA 01VZ 9625

DATA 09/02/2015

VALIDADE 2014 / 2014

UF RN

CONDUTOR ALICE MARIA FIORENCIA MACHADO

Nº DE OCUPANTES 01

DATA DE NASC. / /

FONE / /

CATEGORIA / /

ENDERECO / /

Bairro / /

Cidade / /

CPF / /

CNH / /

VALIDADE / /

FONE / /

CIDADE / /

UF / /

PLACA / /

DATA / /

VALIDADE / /

UF / /

CONDUTOR / /

Nº DE OCUPANTES / /

DATA DE NASC. / /

FONE / /

CATEGORIA / /

ENDERECO / /

Bairro / /

Cidade / /

CPF / /

CNH / /

VALIDADE / /

FONE / /

CIDADE / /

UF / /

PLACA / /

DATA / /

VALIDADE / /

UF / /

CONDUTOR / /

Nº DE OCUPANTES / /

DATA DE NASC. / /

FONE / /

CATEGORIA / /

ENDERECO / /

Bairro / /

Cidade / /

CPF / /

CNH / /

VALIDADE / /

FONE / /

CIDADE / /

UF / /

PLACA / /

DATA / /

VALIDADE / /

UF / /

CONDUTOR / /

Nº DE OCUPANTES / /

DATA DE NASC. / /

FONE / /

CATEGORIA / /

ENDERECO / /

Bairro / /

Cidade / /

CPF / /

CNH / /

VALIDADE / /

FONE / /

CIDADE / /

UF / /

PLACA / /

DATA / /

VALIDADE / /

UF / /

CONDUTOR / /

Nº DE OCUPANTES / /

DATA DE NASC. / /

FONE / /

CATEGORIA / /

ENDERECO / /

Bairro / /

Cidade / /

CPF / /

CNH / /

VALIDADE / /

FONE / /

CIDADE / /

UF / /

PLACA / /

DATA / /

VALIDADE / /

UF / /

CONDUTOR / /

Nº DE OCUPANTES / /

DATA DE NASC. / /

FONE / /

CATEGORIA / /

ENDERECO / /

Bairro / /

Cidade / /

CPF / /

CNH / /

VALIDADE / /

FONE / /

CIDADE / /

UF / /

PLACA / /

DATA / /

VALIDADE / /

UF / /

CONDUTOR / /

Nº DE OCUPANTES / /

DATA DE NASC. / /

FONE / /

CATEGORIA / /

ENDERECO / /

Bairro / /

Cidade / /

CPF / /

CNH / /

VALIDADE / /

FONE / /

CIDADE / /

UF / /

PLACA / /

DATA / /

VALIDADE / /

UF / /

CONDUTOR / /

Nº DE OCUPANTES / /

DATA DE NASC. / /

FONE / /

CATEGORIA / /

ENDERECO / /

Bairro / /

Cidade / /

CPF / /

CNH / /

VALIDADE / /

FONE / /

CIDADE / /

UF / /

PLACA / /

DATA / /

VALIDADE / /

UF / /

CONDUTOR / /

Nº DE OCUPANTES / /

DATA DE NASC. / /

FONE / /

CATEGORIA / /

ENDERECO / /

Bairro / /

Cidade / /

CPF / /

CNH / /

VALIDADE / /

FONE / /

CIDADE / /

UF / /

PLACA / /

DATA / /

VALIDADE / /

UF / /

CONDUTOR / /

Nº DE OCUPANTES / /

DATA DE NASC. / /

FONE / /

CATEGORIA / /

ENDERECO / /

Bairro / /

Cidade / /

CPF / /

CNH / /

VALIDADE / /

FONE / /

CIDADE / /

UF / /

PLACA / /

DATA / /

VALIDADE / /

UF / /

CONDUTOR / /

Nº DE OCUPANTES / /

DATA DE NASC. / /

FONE / /

CATEGORIA / /

ENDERECO / /

Bairro / /

Cidade / /

CPF / /

CNH / /

VALIDADE / /

FONE / /

CIDADE / /

UF / /

PLACA / /

DATA / /

VALIDADE / /

UF / /

CONDUTOR / /

Nº DE OCUPANTES / /

DATA DE NASC. / /

FONE / /

CATEGORIA / /

ENDERECO / /

Bairro / /

Cidade / /

CPF / /

CNH / /

VALIDADE / /

FONE / /

CIDADE / /

UF / /

PLACA / /

DATA / /

VALIDADE / /

UF / /

CONDUTOR / /

Nº DE OCUPANTES / /

DATA DE NASC. / /

FONE / /

CATEGORIA / /

ENDERECO / /

Bairro / /

Cidade / /

CPF / /

CNH / /

VALIDADE / /

FONE / /

CIDADE / /

UF / /

PLACA / /

DATA / /

VALIDADE / /

UF / /

CONDUTOR / /

Nº DE OCUPANTES / /

DATA DE NASC. / /

FONE / /

CATEGORIA / /

ENDERECO / /

Bairro / /

Cidade / /

CPF / /

CNH / /

Luminosidade:	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./Pista	Cond./Plata
<input type="checkbox"/> Amanhecer	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada
<input type="checkbox"/> Anôitescendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclice Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada
<input checked="" type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclice Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enhameada
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia
			<input type="checkbox"/> Retorno	
			<input type="checkbox"/> Entrroncamento	
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	



AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO
ÁRVORE VESTIGIOS



SEMAFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

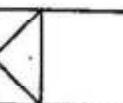
CARRO DE PEQUENO PORTA

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

CARRETA

AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1
FAZOL, PARA-LAMA E SINALIZACAO

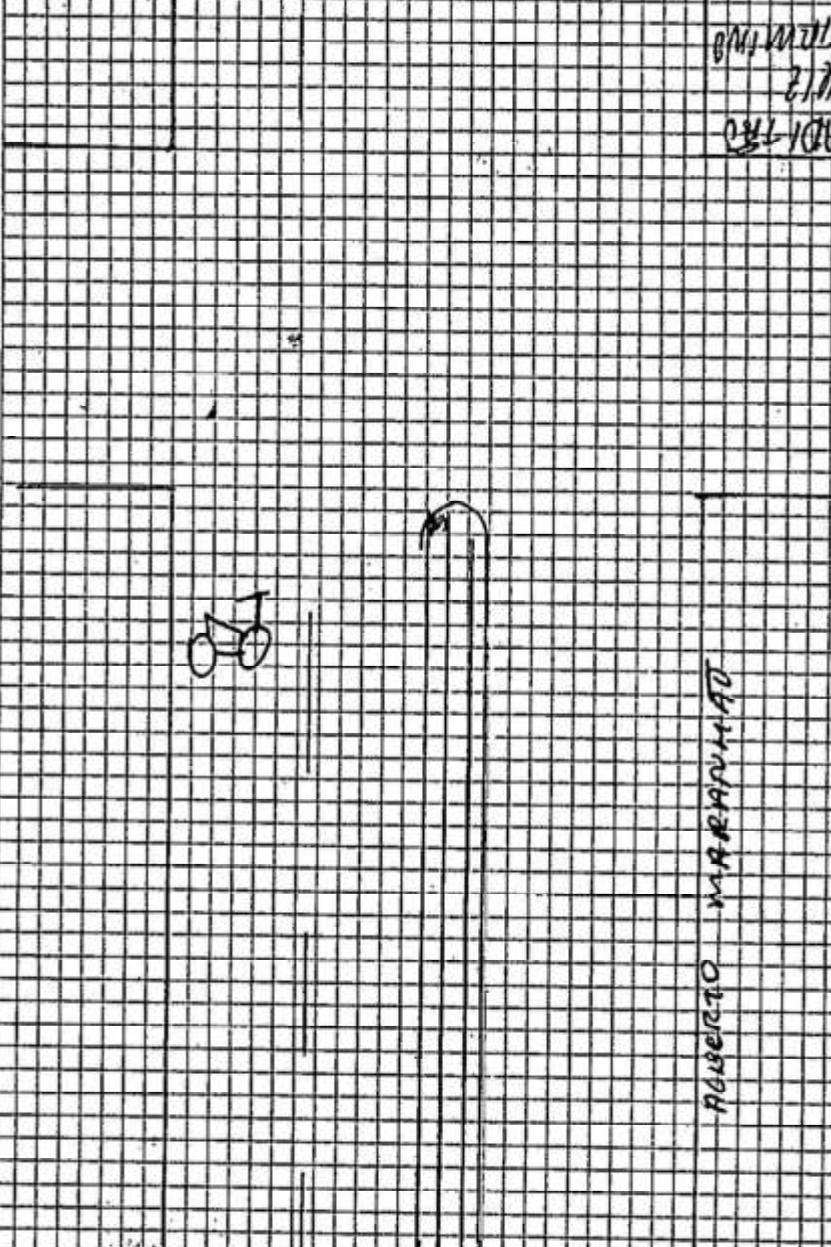


AVARIAS DO VEÍCULO 3

PREJUDICADO
PREJUDICADO

AVARIAS DO VEÍCULO 4

PREJUDICADO
PREJUDICADO



04/01/01
2001
04/01/01

PREJUDICADO
PREJUDICADO

11 - Vítima: condutor de v1 v2 v3 v4
 Passageiro de v1 v2 v3 v4
 Nome: **Maria da Conceição SIC UELTZ** Condutor de
 RG/Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 Endereço: **Ladislau Lázaro Eixenfeld** Nº: **209** Fone: **96.68.50.58**
 Bairro: **BELO HORIZONTE** Cidade: **Mossoró** UF: **RN**
 Versão: _____

Assinatura _____ Hora: _____
 12 - Vítima: condutor de v1 v2 v3 v4 Pedestre: _____
 Passageiro de v1 v2 v3 v4 Conduzido para: _____
 Nome: **CLETON DE OLIVEIRA SSS** Presenciou: 8 Testemunha: Hora: Registro:
 RG/Nº: **002.101.467** Órgão Expedidor: **SST** Data de Nascimento: **01/10/1944**
 Endereço: **Av. Capitão Lúcio V.** Nº: **232** Fone: **066.00.93**
 Bairro: **B. LADISLAU EIXENFELD** Cidade: **Mossoró** UF: **RN**
 Versão: **TESTEMUNHA ESTIMADA PELO SISTEMA DE CADASTRO DO INSS DA ZONA NORTE DA CIDADE DE MESSORÓ, QUE CONDUZIU O VÍTIMA DA ACIDENTE DA NOITE DE ONTEM, DIA 22/01/2015, PARA O HOSPITAL DA CIDADE DE MESSORÓ, DE ONDE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL GOMES GOMES.**
 Assinatura: **Cláudia Gomes Gomes da Cunha**

13 - Vítima: condutor de v1 v2 v3 v4 Pedestre: _____
 Passageiro de v1 v2 v3 v4 Conduzido para: _____
 Nome: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 RG/Nº: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Bairro: _____
 Versão: _____

Assinatura _____ Hora: _____
 14 - Vítima: condutor de v1 v2 v3 v4 Pedestre: _____
 Passageiro de v1 v2 v3 v4 Conduzido para: _____
 Nome: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 RG/Nº: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Bairro: _____
 Versão: _____

Assinatura _____ Hora: _____
 15 - **SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO**
 Placa: _____ Cidade: _____ Marca/Modelo: _____
 Nome: _____ RG/Nº: _____ Órgão Exp.: _____ N°: _____
 Endereço: _____
 Bairro: _____
 PREJUDICADO

Assinatura _____ Hora: _____
 16 - **OBSERVAÇÃO AGENTE DE TRÂNSITO**
 - Chegando no local apurou-se que a testemunha informada que o
 motorista é homem de profissão e seu nome é J. Freim. A
 o carro主任 além a vítima estava no vital andos baixos
 dos bairros
 - J. Freim. Recalhou a saida do local.
 - Nenhuma pessoa com nome de J. Freim. referente ao dito
 fato é a vítima.

Nome Completo do Agente: **José de Queiroz** Subord.: **2-3005**
 POSTO/GRAD.: **SST** PM N°: **06-158** Viatura: **GTOB**
 Local e Data: **Mossoró**, **02 de fev.** de **2015**.






AMARELO

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Name: Alémus Henrique Mallos D. N. 17.03.20
 Profissão: Estudante Cartão SUS: B. H.
 Endereço: Rua: Albatroz 31 Cidade: Bahia
 Filiação: Mae: U. F.: Phone:
 Pai:

Data: 09/02/15

Hora: 11:15

A.C.C.R.: PA - 120570

1. QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Paciente vítima de acidente anestésico na Série. Refere que recebeu os anestesiadores no hospital e recebeu alta após 2 dias. Refere recuperação de dia para dia há 2 dias com progressiva. Refere cianose. Nega alergia medicamentosa.

ARJAN

2 - EXAME FÍSICO

TG.R., urin. Orientado, suprimento, tóxicos & álcool reconcorde. Abdome: Dolor à palpação difusa com rigidez e sensação de irritação. Gérax: bivit. bilateralmente FC ≈ 12C bpm.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO VIANA
 ESTA CONFORME COLETIVO
 SAMM MOSSORÓ 16/02/15
 ARJAN / ARQUIVO

31. HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICAS(S)

Núcleo orgânico perniciosa

4 - CONDUTA MÉDICA

Data: 09 / 02 / 15

Hora:) : : 00

Solving:

- USC fibrose total
 - Hemocromo com contagio de plaquetas
 - Glomerulonefrite
 - Ureia / creatinina
 - Na^+ K^+ , Cl^- , Ca
 - Rx de ferroc. em PA com sigmoides profunda em PC
 - Rx de Abdome AP. A perfusão sanguínea

卷之三

PREScrição MÉDICA		PREScriÇÃO	VIA	HORÁRIO	ENFERMAGEM	ASSINATURA
DATA E HORA		Rimofor - 500mg - 3000ml		EV - levar	500 + 500 200 + 500	13:00 05/07/2015 Dr. J. A. S. G. P.

DIAGNÓSTICO(S) DE ENFERMOS

卷之三

ONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

5

17

110

4

10

۷۸۶

vacões:

HYDROPHILIC

ROSS (Deseret)

Hon.

Horn

Identificación 11

30 JANUARY 1910 11335
SCHOOL - MUNICIPAL COLLEGE
BOSTON NO 107 24-1144-1
LAW DO 100 COTTON

نے سارے افراد کو
کوئی فرمان ملے تھے
کہ اپنے بھائی کو
کسی کا فرمان ملے تھے

ARRIVATA
05 MAG 2018

PSS. 155.

Boggs Scatt.

Alberto Bolognesi

n. Lazio - Medio - 00149

CRN - 00004



PREFEITURA MUNICIPAL DE
MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

No 11411

Tratamento: Dr. Henrique Altemir

Floriano Motto, 44 anos, que
desenvolveu uma reação com queimaduras
de dor observável há os dias. Prelimi-
nariamente suspeita-se de queimadura (05/03)
que se entendeu no busto. Foi
em torno de quase (10/03).
No dia 15/03, levado, queimado;
hipotensão (tensão), oleoduto.

N.C.: NDN

Ap.: NDN
Alimentação: Diárias, R\$ 14,00

Data: _____ Assinatura • Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-4831 - Mossoró - RN



ARUANHA

05 MAI 1915

Ass.



11.05.1915

1129.647

ALBERTO FLORENCIO MATIAS

ALBERTO FLORENCIO MATIAS

OSSORO

17.03.1970

CERT. DE NASC. Nº 4.949 CIV. 50A
FLS. 347 CART. DE OSSORO