

FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

FRANCISCO PERFEIRA DA SILVA  
MARIA JOANA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 27/04/1965

CART. CABAN. No. 1454 D, 07 F. 245

MACAU, RN

CPF: 07.464.015-00

SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA  
MINISTÉRIO DA DEFESA  
INSTITUTO TECNICO DE TIPOLOGIA DE POLICIA  
COD. DE NACAO: 00000000000000000000

MACAU, RN

MACAU, RN

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Recella Federal

**CPF**

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição

Nome

Nascimento

Cartão de identificação de identidade

Deve ser apresentado juntamente com o documento de identidade

Emissão: SET/2010

**CORREIOS**

MINISTÉRIO DA DEFESA  
CERTIFICADO DE DISPENSA  
DE INCORPORAÇÃO  
240 CSM  
841354-T  
RA "RICO POBUI"

FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR SE IMPEDIMENTOS

MACAU

FRANCISCO PERFEIRA DA SILVA  
MARIA JOANA DA SILVA

DATA NASCIMENTO: 27/04/1965

NATURALIDADE: MACAU

RG: 13/06/2006

Ocupação do Serviço Militar iniciada em: 13/06/2006

por: RESIDIR EM MUNICÍPIO DO TRIBU-  
TARIO: ASSUMIR, 25/06/2006.

Assinatura: [assinatura]

DISPENSADO

17/11/2010



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

 POLICIA DIRETO 

*Maria de Fatima Matias*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ALGORITMO 575-572 DATA DE EXPIRAÇÃO 12/07/2016

NOME MARIA DE FATIMA MATIAS

NÚMERO JOSE MIGUEL FILHO

TERCEIROS MATIAS

NATURALIDADE CEARÁ-MIRIM RN DATA DE NASCIMENTO 18/01/1958

CERT. DE CAS-019-1-3008 F-05 98-238-6

JOÃO CARLOS RN-2-00000000

315.471.844-34

Assinado eletronicamente em 20/01/16

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 9449181220  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM 460247522 EXERCÍCIO 2012

NOME  
FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

CPF/CNPJ 437.673.464-00 PLACA NUB9943

PLACA ANTAFR NUB9943/RN CHASSI 9C2J3C4110CR504212

ESPECIE TIPO PASSEIO 1000 CC 125 FAN KS COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CB 125 FAN KS ANO FAB 2012 ANO MOL 2012

CAP/PO/CIL 1000/24 2000 CM3 CATEGORIA PARTICULAR VER PREDOMINANTE

COTA UNICA 0 VENC. COTUNICA 30/06/2012 VENC./COTAS 1º R\$00 2º R\$00 3º R\$00

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0 PARCELAMENTO/COTAS 1º R\$00 2º R\$00 3º R\$00

PREMIO TOTAL (R\$) 0 DATA PAGAMENTO 03/04/2012

LOGAD. 03/04/2012

DATA 03/04/2012

DATA 03/04/2012

DATA 03/04/2012

RN Nº 9449181220 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2012

CPF/CNPJ 437.673.464-00 PLACA NUB9943

BILHETE DE SEGURO DPVAT

RN Nº 9449181220 EXERCÍCIO 2012 DATA EMISSÃO 03/04/2012

VIA 1 437.673.464-00 OFE/CNPJ PLACA NUB9943

RENAVAM 460247522 MARCA/MODELO HONDA/CB 125 FAN KS

ANO FAB 2012 CATRIGIA 9C2J3C4110CR504212 Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 0 DENATRA (R\$) 0 CUSTO DO SEGURO (R\$) 0

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0 ICF (R\$) 0 TOLAKER 300 HELIO RESUMAO 10

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

Seguradora Líder de Seguros

CNPJ: 09.248.608/0001-04

DATA 03/04/2012

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**— MINISTERIO DAS CIDADES —**

**DETRAN, BN**

Nº 9449191230

2002年12月

**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO**

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC
1	960247322	
NOME/ENDEBDO		
FRANCISCO ANTONIO DA SILVA		
RUA JOSE CARLOS, 852		
BA. ALMEIDA FILHO		
S/Nº 10-000 VILA BELARMI		
OFFICINA	PLACA	
437.672.664-BU	ABE-943	
NOME ANTERIOR		
PLACA ANTERIOR	CHASSI	
Nº 83-3434	9BZ06411LH504212	
ESPECIE DO VEICULO	COMBUSTIVEL	
PASSEIRO / MOTOCICLETA / CAMIONETE / APPLICAB.	GASOLINA	
MARCA/MODELO	ANO FAB - ANO MOD	
HONDA / CG 125 FAN VR	2012 2012	
CAR/BOTACAL	COR PREDOMINANTE	
007/124 (CL) MONTADA	VERMELHA	
OBSERVAÇÕES		
ALTERAÇÃO EM FAVOR DE: 03.634.220-0001-65		
BANCO NUBANK S/A		
HIDROALIMENTADO 504212		
LOCAL	DATA	
SANTAREM PA	03/04/2012	

## DECLARAÇÃO

EU Francisco Antonio da Silva  
portador (a) da cédula de RG de N° 824.771 e  
CPF 437.673.464-00 Declaro para Os devidos fins  
que estive no Banco Bradesco  
para regularizar minha conta corrente de agência  
5878, número 023039-7 para pode receber o  
benefício da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Fez em 04 de Outubro de 2019.

Francisco Antonio da Silva

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCARIA

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA, brasileiro(a),  
estado civil: CASADO, Profissão: Reuso, Data do Acidente 17/02/2019  
Cobertura invalidez, portador(a) do RG 824271, órgão expedidor  
ITEP e do CPF: 432.673.464-90 residente no(a)  
TRV: SANTO ANTONIO nº 16,  
bairro: VALADÃO, município: MACAU / RN.

### OUTORGADO:

Nome: MARIA FÁTIMA MATIAS, brasileiro(a)  
estado civil: CASADA, Profissão: Reuso, portador(a) do RG  
575.572, órgão expedidor ITEP e do CPF: 315.471.844-34 residente  
no(a) TRV: SANTO ANTONIO nº 1615 bairro:  
VALADÃO, município: MACAU / RN.

**PODERES:** Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Macau, 08/08/2019  
Local e Data



Francisco Antonio da Silva  
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

2º OFÍCIO DE MACAU/RN  
CNPJ: 08.492.589/0001-02

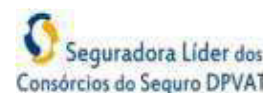
RECONHEÇO por Autenticidade a(s) firma(s) de Francisco Antonio da Silva

Confira em: https://portal.trf4.jus.br Selo e Assinatura  
Rn20190 03/08/2019 IRN 021081719

EMOL RS 7,08  
SSON RS 7,08  
TOTAL RS 14,16

Julma Neves S dos Santos  
Substituta  
CPF 638 820 944 00  
2º Ofício de Notas de Macau/RN

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0451349/19

**Vítima:** FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

**CPF:** 437.673.464-00

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**Data do acidente:** 17/05/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### MARIA DE FATIMA MATIAS : 315.471.844-34

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

### FRANCISCO ANTONIO DA SILVA : 437.673.464-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/12/2019  
Nome: MARIA DE FATIMA MATIAS  
CPF: 315.471.844-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019  
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA  
CPF: 021.292.004-94

MARIA DE FATIMA MATIAS

GERCIA LOURENCO DA SILVA



---

**Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190699604**

**Vítima: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 17/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA DE FATIMA MATIAS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO ANTONIO DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190699604**

**Vítima: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 17/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA DE FATIMA MATIAS**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), FRANCISCO ANTONIO DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº da sinistro ou ASI: 437.673.464-00  
3 - CPF da vítima: 437.673.464-00  
4 - Nome completo da vítima: Francisco Antonio da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Francisco Antonio da Silva  
6 - CPF: 437.673.464-00  
7 - Profissão: Rencoso  
8 - Endereço: Travessa Santa Antonia  
9 - Número: 16  
10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Valadas  
12 - Cidade: Ilheus  
13 - Estado: BA  
14 - CEP: 59500-006  
15 - E-mail: Rencoso  
16 - Tel. (DDD): 1841 9953 8106

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal:  
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todas as bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 58785 CONTA: 0130397  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Chile) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo  
24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima:  
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não  
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não  
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:  
30 - Vítima deixou nascituro(v)al(es)? ☐ Sim ☐ Não  
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não  
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:  
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Ilheus 04-10-19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BDN - Bradesco Dia e Noite  
Conta Corrente

Data: 05/11/2019 Term: 034712 Hora: 08:33  
N.Trans: 7922

Favorecido:  
Banco: 237  
Agencia: 5878 / MACAU  
Conta: 0013039-7

Titular 1: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Sujeito a conferencia.

O deposito realizado durante o expediente bancario ao publico sera conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Apos o expediente bancario e aos sabados, domingos e feriados, o deposito sera conferido no primeiro dia util subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.  
Seu talao de cheques em segundos.  
Sem pedir no balcao,  
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco  
SAC - Servico de Apoio ao Cliente  
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes  
0800 704 8383  
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria - 0800 727 9833  
Atendimento de segunda a sexta-feira das  
8h as 18h, exceto feriados.

Obrigado  
Tenha um bom dia

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 437.673.464-00 3 - CPF da vítima: 437.673.464-00 4 - Nome completo da vítima: Francisco Antonio da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Francisco Antonio da Silva 6 - CPF: 437.673.464-00  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Travessa Santa Antonia 9 - Número: 16 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Valinhos 12 - Cidade: Ilhacou 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59500-000  
15 - E-mail: Recusado 16 - Tel.(DDD): 1841 9953 8106

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Bradesco  
AGÊNCIA: 58785 CONTA: 013039 7  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:   
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:   
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Local e Data: Ilhacou 04-10-19  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:   
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:   
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1ª | Nome:   
CPF:   
Assinatura da testemunha:   
39 - 2ª | Nome:   
CPF:   
Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: Ilhacou 04-10-19  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):   
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):   
43 - Assinatura do Procurador (se houver):

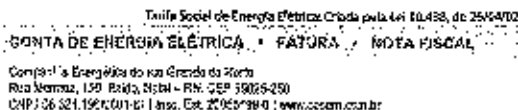
DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

FABRIL DA UNIDADE COMUNITÁRIA  
TV SANTO ANTONIO 18

Vai, ADAC/REFE. UFFICIO  
MACAU RN  
58506-000

ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮਾਨਵਤਾਵਾਦੀ ਮੁੱਲਾਂ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ

BI RESIDENCY  
RESIDENCIAL

0853871710 06/2019

【参考文献】 [1] 王德成, 王德成. 中国人口学. 北京: 中国人口出版社, 2004. 120-121.

025453485

સાચી જાણના આધારે જ નિર્ણય લેવાનો છે. આથી આગળના પગલાંની જાણ થઈ રહી છે. આથી આગળના પગલાંની જાણ થઈ રહી છે.

15/08/2019 11/07/2019

[illegible]

TOTAL &amp; ENG-GR 500

25485

**'DĒGĖN(C)Ų DĀ NVTA ŽIDUJAI**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água (litro)	321,0000000	0,58463530	234,68
Acrescimo Bateria AMARELA			2,00
Contrib. Iuri Publico Municipal			20,00
Multa por atraso-HF 022521773 - 11/04/19			2,00
Juros por atraso-HF 022521773 - 11/04/19			2,00
Anuidade ICMS-HF 023521771 - 11/04/19			2,00

פירמע: **דאס פאמיליע**

254 211

## DEMONSTRATIVO DE CONTAS DE PERDA E GANHA FISCAL

Nº DO RECEIÇÃO	TIP DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONTRATANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA 15/06/2010	LEITURA 21.163,50	DATA 15/06/2010	LEITURA 21.342,50				
0079663	C-2					32	1,0000		32,00

“**အသံတူမျက်စိ ခုတ်ခွဲရုံမူရမ်း**”



## 2.2. INEQUAÇÕES DE YOUNG

	BASELINE EQUATION	%	VALIDATED EQUATION
TOSS	227.12	27.91	54.36
PIS	227.12	0.11	0.28
CCING	327.12	0.52	1.18

ငယ်များအတွက် အသုံးပြုနိုင်သည့် နည်းလမ်းများ

Poland	95	76.31
Spain	95	8.93
Sweden	95	52.08
Switzerland	95	84.20
Germany	95	12.09
	H5	81.74
	H8	322.12

Complete Addressing

TAPES &amp; PUBLICATIONS ..... \$5.95 + \$1.00

(F9) + (F10)  $\vdash$   $\exists x \exists y (x \neq y \wedge \neg \text{Isa}(x, y))$   $\vdash$   $\neg \text{Isa}(x, y)$

Page 1 of 1

[illegible]

ATENÇÃO: A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUA CONTAS EM ABERTO

ANALISIS DE LOS DATOS DE LOS MODELOS DE CALIDAD

Variable	Value	Unit	Source
Variable	Value	Unit	Source

Para comunicarse más a fondo en un curso de desarrollo personal en TUCO contáctenos al 0444-604133 o al correo electrónico [info@tucos.com.uy](mailto:info@tucos.com.uy) o por correo postal para poder recibir el folleto número 6, 6000 de personas interesadas en el curso. También podemos enviarles una invitación personalizada a un curso de desarrollo personal en TUCO. Si lo desean, envíen un correo electrónico a [info@tucos.com.uy](mailto:info@tucos.com.uy) o al teléfono 0444-604133. ¡Esperamos poderlos recibir en un curso de desarrollo personal en TUCO!

ရက်စွဲ: ၁၉၉၆ ခုနှစ်၊ ဇူလိုင်လ ၁၅ ရက်

[illegible]

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

COMPANY	1990 REVENUE	1991 REVENUE	1992 REVENUE	1993 REVENUE
AT&T	1,000	1,000	1,000	1,000
IBM	1,000	1,000	1,000	1,000
HP	1,000	1,000	1,000	1,000

• **உயிரினம்:** மனிதன்

TEMPERATURE (°C)	PERCENTAGE OF DEFORMATION (%)
200	100
250	100



Terça Social da Energia S/CA - Cuiabá - MS (11) 3041-9000  
**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL**  
 Companhia Energética de Mato Grosso do Norte  
 Rua Hermes, 150, Centro, Natal - RN, CEP 50235-290  
 CNPJ: 08.324.195/0001-87 | E-mail: Fatur@cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
 MARIA JOYNA DA SILVA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
 TV SANTO ANTONIO 13

CPF: 019.886.034-84

VALADARES/RECURDANA  
 MACAJERI  
 58530-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
 81 RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL

**Período de Faturação**  
 00546688 UNICA 11/04/2019

**APRESENTAÇÃO**  
 11/03/2019 11/03/2019 11/03/2019

0853871710 06/2019

18/06/2019 11/07/2019

254,85

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	321,600000	0,6663000	214,22
Acrescimo Bandeira Amarela			3,90
Contribuição Pública Mensal (p)			20,00
Multa por atraso NF 022521771 - 11/04/19			2,00
Juros por atraso NF 022521771 - 11/04/19			3,32
Atualização IGP-M NF 022521771 - 11/04/19			2,01
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>254,85</b>

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

SPDO	PERÍODO	FECHA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	IPDE	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
9059662	00546688	04/1	1042774	5193800	11/06/2019	5200000	21	1,0004			321,60

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

PERÍODO	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)	%
04/1	211	6,63	2,61%
05/1	307	9,90	3,90%
06/1	262	8,24	3,24%
07/1	186	5,98	2,36%
08/1	183	5,78	2,28%
09/1	151	4,75	1,87%
10/1	230	7,15	2,81%
11/1	457	14,00	5,50%
12/1	317	9,75	3,83%
01/2	122	3,75	1,47%
02/2	30	0,92	0,36%
03/2	87	2,67	1,05%
04/2	116	3,58	1,40%

**ATENÇÃO: A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO**  
 Se você possui contas em aberto, favor regularizar antes de receber a próxima fatura. Caso contrário, a COSERN poderá tomar as medidas necessárias para garantir o fornecimento de energia elétrica em sua área de atuação.

**ATENÇÃO: A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO**

Vencido	Valor	Vencido	Valor
11/06/19	11,0000	11/06/19	11,0000

**ATENÇÃO: A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO**

CONSUMO	VALOR	CONSUMO	VALOR
100	3,33	100	3,33
200	6,66	200	6,66

**ATENÇÃO: A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO**  
 Se você possui contas em aberto, favor regularizar antes de receber a próxima fatura. Caso contrário, a COSERN poderá tomar as medidas necessárias para garantir o fornecimento de energia elétrica em sua área de atuação.

**ATENÇÃO: A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO**

CONSUMO	VALOR	CONSUMO	VALOR
100	3,33	100	3,33
200	6,66	200	6,66

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Maria de Fátima Matos inscrito (a) no CPF sob o Nº 315.471.844/34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Antonio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 437.673.464/00 do sinistro de DPVAT cobertura envolvido da vítima Francisco Antonio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 437.673.464/00 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>Trovão Santo Antonio</u>		Número <u>16</u>	Complemento <u>caso</u>
Bairro <u>Voladão</u>	Cidade <u>Itacaré</u>	Estado <u>BA</u>	CEP <u>59.500-000</u>
E-mail <u>Recuso</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(84) 9953 8106</u>		Telefone celular (DDD)

Itacaré, 04 de outubro de 2019  
Local e Data

Maria de Fátima Matos  
Assinatura do Declarante





## 7. DIAGNOSTICO:

158.743.932  
 CONFERE COM  
 O ORIGINAL  
 04.07.2019

CLÍNICA		PREScrição MÉDICA/EVOLUÇÃO
DATA	HORA	
		500 + 500
		④ 500.97 - 1000 ml. EV.
		② Urosem - 02 mg/kg - IM
		③ H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> = 1-2-4
		① OBSERVAÇÃO OGm = até às 09:30h

ADMISSÃO/EVOLUÇÃO ENFERMAGEM	
DATA	HORA
05/13	03:50
05/13	13:50
05/13	14:45

P.A. = 140 x 100 mmHg - 125

P.A. = 160 x 110 mmHg - 125

HCT = 93 mg/dl - 125

Tabaco

2 Rx de fad. 2/1

Rx de fad. 2/1

1/50 fad. 2/1

SINAIS VITAIS		CONTROLE DA GLUCEMIA
DATA	HORA	
		6/ Cortisol 25 - 125
		7/ Pict. 10. 125

INDUT

Roux Vinhas D e E

☐ ÓBITO ☐ EVASÃO

REFERIDO PARA:

☐ INTERNAÇÃO

☐ OUTRA UNID. URG.

☐ ESPECIALIDADE

☐ CENTRO DE S

CNPJ

CALCULO DO CUSTO

HORA DE S





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 25121 /2019

Admissão: 17/05/2019 17:27:04

EM 17/05/19

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 127354 - FRANCISCO ANTONIO DA SILVA (54 a 20 d)

Nascimento: 27/04/1965 Natural: MACAU, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 704808513143448

CPF:

Prof:

Mãe: MARIA JOANA DA SILVA

Pai:

Logradouro: RITA DE CASSIA, 52

Cidade: GUAMARE

CEP: 59598000

Bairro: GUAMARE

Telefone: 84 998988233

Compl:

Motivo: MOTO X ANIMAL

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 17/05/2019 17:12:51

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

### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO - DOR TORACICA+TRAUMA DE FACE

Hora: 17:30

Paciente vítima de acidente de moto às 14:20h, com queixa de dor torácica ventilatória dependente, dor em face com hemorragia nasal. Informa não se lembrar de detalhes com o acidente. Paciente trazido por familiares para o Hospital Regional José de Alencar.

### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Ausculta pulmonar, sem alterações.
- B AP: RUO bilateral, ruído RA, ruído
- C AC: RCR, em 2T, BNE sem ruídos. TCCR
- D Glasgow = 13
- E Presença de contusão labial à esquerda, edema

### OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Lesão em joelho com hematoma.

Ad: sem alterações.

\*Saída:

Núcleo Hospitalar de Radiologia

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

TOMOGRAFIA

Data:

Local:

Exame:

Médico:

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS) NãoM(MEDICAÇÃO EM USO) AINES (não sabe informar qual indicação) 2x190P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) NãoL(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) 4h ingestão de bebida alcalina até 4h de manhãA(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) Colisão moto - onibus

V(PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Raio-x de tórax AP

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

I.V com DT, IV, 2gms  
VAT repõeRe de tórax com evidência de  
patologia hemotórax em pneumotórax  
At. de Pneumonia Geral

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

NCR

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

Buco-ORL

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

## DESTINO DO PACIENTE

INTERNÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA

HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITEP

**ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:**

## ANAMNESE

O ESPECIALIZADO 1: NER  
Quede de moto

**EXAME FÍSICO**

ECG = IS  
pupils is 1/2 to 2 cm deficit for

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

TCE

**EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*\***

TC de crânio: **NDN**

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

## OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Atte de NCF

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

BMF to examine the  
 1. 1st 2 items  
 on the drawing the  
 face  
 in the BMF

CONFIDENTIAL  
NATAL  
MAT. No. 09/03/12  
SAME

[illegible]

$\text{opt}(V_n)$  1/20/11  
 Deshon / 10/20/11  
 Bipartite / 10/20/11

**Assinatura e Carimbo do Responsável**

Assinatura do Carimbo do Responsável

## ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE GRAMA GLASGOW	
Alimenta-se sozinho (AG)	4
Quem se alimenta espontaneamente	4
Quem se alimenta ao ser oferecido comida, porém necessita de um suporte de uma pessoa para alimentação. (P) Capaz de comer 4 de 5 de 10	3
Quem se alimenta por estímulo de outro	2
Quem não se alimenta	1
Método de ingestão de líquidos (MLV)	
Bebe água, sorvete, leite materno e leite pasteurizado de garrafa ou de peito, leite de cabra, chá e sucos de fruta e etc	5
Coma e bebe por si próprio, necessitando, mas de alguma demonstração e conforto	4
Polpa de leite pasteurizado e/ou leite, mas sem necessidade de conforto	3
Bebe leite pasteurizado (comendo um pedaço de bolo)	2
Bebe água	1
Método de evacuação intestinal (MEI)	
Evacua a vontade sozinho (faz fezes sempre quando tem o estímulo)	5
Evacua sozinho quando chamado	4
Evacua sozinho com o dia	3
Evacua depois de 1 dia (Desconforto)	2
Evacua depois de 2 dias (Desconforto)	1
Bebe e evacua sozinho	1

"ESCALA DE TRAGEM DO TRAUMATIZADO REVISADA - RTS"		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	15-14	=3
	13-10	=2
	9-8	=1
	7-6	=0
	5-4	=0
FREQÜÊNCIA RESPIRATORIA	16-20	=4
	10-15	=3
	6-9	=2
	5-5	=1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90	=4
	70-89	=3
	60-69	=2
	50-59	=1
	40	=0

\*Escuela de Trabajo Racionalizado (ERT): Grupo de investigadores más especializados de la misma institución. *Administración Adaptada de Castiglioni* M.R. Bocca W.F. Coppi, et al. *Annals of the American Academy*, 2, Transac 24(2) 424, 1932.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE  
LATS 2007\*

$\alpha_1 = 0.05$  (one-tailed test)  
 $\alpha_2 = 0.05$  (one-tailed test)  
 $\alpha_3 = 0.05$  (one-tailed test)

\* Plaintiff: TEASDALE G. SCHMIT, JR.  
 Arrested of coma and negligent  
 consciousness. A physical exam. dated  
 1974-2-8-94

77 A taxa de progresso espelho-se a coerência entre os valores e qual o valor que representa de esperar o 3.º ano. Na Escola Secundária de Viseu, os alunos tiveram que escolher um intervalo de 10 dias para fazer a avaliação e os resultados foram os seguintes:

SEVERITY	LEVEL	MODERATE	INTERMEDIATE	POSITIVE
0	1	2	3	4

## EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS) NUNCAM (MEDICAÇÃO EM USO) AINDA NÃO HÁ MEDICAMENTOS QUE SEJA PRECISOP (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) NUNCAL (LÍQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) 4h ingestão de líquido e sólido de 4h de vomitoA (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) colisão moto-carro

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Raio-x de tórax AP

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA, MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

I-V sem DT, TM, egreVAT repõeRx de tórax sem evidência de  
patologia hemostática ou pneumotórax  
Ata de Exame Geral

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

NCR

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

Bicomplexo

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

## DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:

ÓBITO: DATA

HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITP



ANAMNESE		EXAME FÍSICO		IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA		EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)....		LABORATÓRIO		OUTROS	
<p>CONDOTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)</p> <p>Assinatura e Carimbo do Responsável:</p>						<p>Assinatura e Carimbo do Responsável:</p>					
<p>DESTINO DO PACIENTE: <i>Dr. Roberto</i></p> <p>Nº do Boletim de Atendimento: <i>14108/19</i></p>						<p>INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA: <i>14/08/19</i> HORA: _____</p>					
<p>SAÍDA: DATA: _____ HORA: _____</p> <p>Decisão Médica: <input type="checkbox"/> A Reavaliação: <input type="checkbox"/> Transferido para: _____</p> <p>OBITO: DATA: _____ HORA: _____</p> <p>com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> Entregue à família</p>						<p>SAÍDA: DATA: _____ HORA: _____</p> <p>Decisão Médica: <input type="checkbox"/> A Reavaliação: <input type="checkbox"/> Transferido para: _____</p> <p>OBITO: DATA: _____ HORA: _____</p> <p>com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> Entregue à família</p>					
<p>DESTINO DO PACIENTE: _____</p> <p>Nº do Boletim de Atendimento: _____</p>						<p>INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA: _____ HORA: _____</p>					
<p>SAÍDA: DATA: _____ HORA: _____</p> <p>Decisão Médica: <input type="checkbox"/> A Reavaliação: <input type="checkbox"/> Transferido para: _____</p> <p>OBITO: DATA: _____ HORA: _____</p> <p>com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> Entregue à família</p>						<p>SAÍDA: DATA: _____ HORA: _____</p> <p>Decisão Médica: <input type="checkbox"/> A Reavaliação: <input type="checkbox"/> Transferido para: _____</p> <p>OBITO: DATA: _____ HORA: _____</p> <p>com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> Entregue à família</p>					
<p>DESTINO DO PACIENTE: _____</p> <p>Nº do Boletim de Atendimento: _____</p>						<p>INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA: _____ HORA: _____</p>					
<p>SAÍDA: DATA: _____ HORA: _____</p> <p>Decisão Médica: <input type="checkbox"/> A Reavaliação: <input type="checkbox"/> Transferido para: _____</p> <p>OBITO: DATA: _____ HORA: _____</p> <p>com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> Entregue à família</p>						<p>SAÍDA: DATA: _____ HORA: _____</p> <p>Decisão Médica: <input type="checkbox"/> A Reavaliação: <input type="checkbox"/> Transferido para: _____</p> <p>OBITO: DATA: _____ HORA: _____</p> <p>com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> Entregue à família</p>					
<p>DESTINO DO PACIENTE: _____</p> <p>Nº do Boletim de Atendimento: _____</p>						<p>INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA: _____ HORA: _____</p>					

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: *Ata hospitalar* Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: *17/05/19* HORA:

SAÍDA: DATA: *1/1* HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: *1/1* HORA:

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐

*Dr. Arthur Sá*  
MÉDICO  
CRM - 8771  
Médico (Carimbo)

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL, 29/10/19  
MAT. Nº: SAME

Destacar nessa linha e entregar ao paciente antes da liberação

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: *1/1* HORA:

SAÍDA: DATA: *1/1* HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: *1/1* HORA:

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
**SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA**  
**HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL**  
**PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO**

Nome do Paciente: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA (POLIT)

Cód. Paciente: 1114

DN: 27/04/1965

Idade: 54 ano (s);

Data Exame: 17/05/2019 - 17:45

Documento: -

**TC DE COLUNA CERVICAL**

**COMENTÁRIOS:**

Exame realizado em aparelho de Tomografia Computadorizada convencional com obtenção de cortes no plano axial de 2mm de espessura de C1 a T1.

**OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:**

Corpos vertebrais cervicais alinhados e íntegros.

Canal raqueano de morfologia e dimensões normais.

Saco dural com coeficiente de atenuação normal.

Formes neurais livres.

Tecidos moles paravertebrais sem evidência de anomalia.

Laudo gerado: 09/07/2019 18:32. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbsrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: oQfLOnsr.

Leudado Por:

**Leonardo Bernardo Bezerra**  
CRM-RN 4456 / RADIOLOGISTA



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS SOCIAIS  
AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

MACAÚ

# REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

REQUERIMENTO Nº 196970263  
BENEFÍCIO Nº 6283879496



Prezado (s) Sr(a)

**FRANCISCO ANTÔNIO DA SILVA**

(NOME DO SEGURADO)

00900814771

22026-13

17012601811

(CPF)

(Nº do RG)

(Data)

(CPF do Representante Legal)

(Data)

(CPF do Representante)

(Data)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de benefício por incapacidade e que uma marcação pericial foi marcada para a data, hora e local a seguir discriminadas:

Data:	18/05/2019
Hora:	07:00
Endereço:	
	RUA VENANCIO ZACARIAS 16
	CENTRO
	MACAÚ - RN

Compareça ao mesmo pericial. Caso não compareça no dia e hora marcados, solicitamos que compareça pessoalmente. Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 60 (sessenta) dias e devidamente justificada.


Macaú, 14 de Junho de 2019

  
\_\_\_\_\_  
Agente de Serviço Social  
J. J. J. J. J.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação de benefício por incapacidade.

(Assinatura)

  
Ass. do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO

Nome do Paciente: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA (POLI)

Cód. Paciente: 1769

DN: 27/04/1965

Idade: 54 ano (s);

Data Exame: 22/05/2019 - 16:05

Documento: -

## TC DO CRÂNIO

### TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de Tomografia Computadorizada Helicoidal com obtenção de cortes no plano axial com 2mm de espessura.

### RELATÓRIO:

#### \* INFRATENTORIAL:

Parênquima cerebelar e tronco cerebral com densidade preservada.

Quarto ventrículo apresenta calibre e topografia normais.

Sulcos e fissuras cerebelares normais.

Cisternas basais normais.

#### \* SUPRATENTORIAL:

Parênquima cerebral com densidade preservada.

Cavidades ventriculares apresentam calibre normal.

Não se observa desvio da linha média.

Sulcos e fissuras cerebrais preservados.

Laudo gerado: 11/07/2019 22:42. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbsrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: GHYZGENr.

Laudo por:

Dra. Gabriela Martins de Carvalho  
CRM-RN 6071 / RADIOLOGISTA



SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO

Nome do Paciente: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA (POLI)

Cód. Paciente: 1769

DN: 27/04/1965

Idade: 54 ano (s);

Data Exame: 22/05/2019 - 16:05

Documento: -

## TC DE TÓRAX

### COMENTÁRIOS

Exame realizado em aparelho de Tomografia Computadorizada multislice sem o uso do contraste, em caráter de urgência.

### OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

#### PARÊNQUIMA

Não evidenciamos pneumotórax.

Não há sinais de laceração pulmonar.

Campos pulmonares simétricos e normoaerados.

Pequeno derrame pleural a esquerda.

#### MEDIASTINO:

Vasos mediastinais centrados.

Câmara cardíaca com aspecto tomográfico habitual

Não há imagem de derrame pericárdio.

Ausência de adenomegalias.

#### CAIXA TORÁCICA:

Fraturas nos 5 e 6 arcos costais esquerdo.

Laudado gerado: 31/07/2019 22:49. Para baixar uma cópia, acesse <https://valida.wbrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: fzaUmUNw.

Laudado Por:

Dra. Gabriela Martins de Carvalho  
CRM-RN 6071 / RADIOLOGISTA



SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO

Nome do Paciente: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA (POLIT)

Cód. Paciente: 1114

DN: 27/04/1965

Idade: 54 ano (s);

Data Exame: 17/05/2019 - 17:45

Documento: -

**TC DO CRÂNIO**

**TÉCNICA:**

Exame realizado em aparelho de Tomografia Computadorizada Helicoidal com obtenção de cortes no plano axial com 2mm de espessura.

**RELATÓRIO:**

**\* INFRATENTORIAL:**

Parênquima cerebelar e tronco cerebral com densidade preservada.  
Quarto ventrículo apresenta calibre e topografia normais.  
Sulcos e fissuras cerebelares normais.  
Cisternas basais normais.

**\* SUPRATENTORIAL:**

Parênquima cerebral com densidade preservada.  
Cavidades ventriculares apresentam calibre normal.  
Não se observa desvio da linha média.  
Sulcos e fissuras cerebrais preservados.  
Hematoma peri-orbitário a esquerda.

Laudo gerado: 09/07/2019 18:31. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: FltoOveR.

Laudado Por:  
**Leonardo Bernardo Bezerra**  
CRM-RN 4456 / RADIOLOGISTA



Guamáre

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAMARÉ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Monsenhor José Tibúrcio s/n - Centro  
CEP: 59.598-000 - CNPJ 12.184.274/0001-67  
e-mail: sms.guamare@gmail.com



RECEITÁRIO MÉDICO

Francisco Antonio de Sales

Relatório Médico

O paciente vem a todo  
momento por avaliação em bulos  
em otomolunguagem; apresenta  
pouca fala que V após  
trouxe relatório ao fonoaudiólogo  
histórico. Encontra-se em  
seguinte sem presença de  
alta.

Dr. Fernando Marcos de A. Reis  
FONOAUDIÓLOGO  
CBO 225.010.0001-67

10.08.19



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAMARÉ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Monsenhor José Tibúrcio s/n - Centro  
CEP: 59.598-000 - CNPJ 12.184.274/0001-67  
e-mail: sms.guamare@gmail.com



### RECEITÁRIO MÉDICO

Francisco Antonio do Silve

Receituário Médico

O paciente vem a todo  
passar por avaliações ambulatoriais  
em otorrinolaringologia; apresenta  
problema focal que V após  
tratar a afecção os tratamentos  
fonoaudiológicos. Encontra-se em  
seguinte sem prevenção de  
alta.

Dr. Francisco Antonio do Silve  
Otorrinolaringologista  
C.R.O. 12.184.274/0001-67

10.08.19



RIO GRANDE DO NORTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAMARÉ  
Rua Luiz de Souza Miranda, 116 - Centro - Guamaré(RN)  
CNPJ(MF) 08.184.442/0001-47



SUS - RN

### SOLICITAÇÃO DE EXAMES

UNIDADE DE ORIGEM SOLICITANTE		ESPECIALIDADE	
NOME DO PACIENTE <i>Francisco Antonio do Silve</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>1/1/1</i>	
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
SEXO M ( ) F ( )	CPF	IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR	MUNICÍPIO DE ORIGEM

### RELATÓRIO DA UNIDADE DE ORIGEM

RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO DO PACIENTE)		
<i>Soluto: Tomografia de Monteces</i> <i>3-1 Trauma temporal</i>		
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: <i>Trauma temporal</i>	CID	PRIORIDADE 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )
LOCAL E DATA DA SOLICITAÇÃO <i>10/08/19</i>	MÉDICO SOLICITANTE/CRM (ASSINATURA E CARIMBO)	

### PARA USO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

UNIDADE EXECUTANTE	PRONTUÁRIO DO EXECUTANTE	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
ENCAMINHAMENTO PARA DR.	DIA	HORA

### SOLICITAÇÃO DE EXAMES

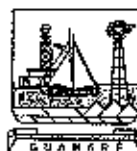
### RELATÓRIO DA UNIDADE REFERÊNCIA

NOME DO PACIENTE		CÓDIGO DO ATENDIMENTO
DIAGNÓSTICO	CID	
CONDUTA ADOTADA		
MÉDICO EXECUTANTE/CRM (ASSINATURA E CARIMBO)	LOCAL E DATA	

A FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA DEVERÁ ACOMPANHAR O PACIENTE,  
VISTO QUE ESTA É A SUA GARANTIA DE RETORNO



RIO GRANDE DO NORTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAMARÉ  
Rua Luiz de Souza Miranda, 116 - Centro - Guamaré(RN)  
CNPJ(MF) 08.184.442/0001-47



SUS - RN

### SOLICITAÇÃO DE EXAMES

UNIDADE DE ORIGEM SOLICITANTE		ESPECIALIDADE	
NOME DO PACIENTE <i>Fernando Antonio de Silva</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>1/1/19</i>	
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
SEXO M ( ) F ( )	CPF	IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR	MUNICÍPIO DE ORIGEM

### RELATÓRIO DA UNIDADE DE ORIGEM

RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO DO PACIENTE)		
<i>Soluto. Audiometria tonal</i> <i>Audiometria vocal</i> <i>(myelograma)</i> <i>SC. Dentes</i>		
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: <i>Distrofia</i>	CID	PRIORIDADE 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )
LOCAL E DATA DA SOLICITAÇÃO <i>10/03/19</i>	MÉDICO SOLICITANTE/CRM (ASSINATURA E CARIMBO)	

### PARA USO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

UNIDADE EXECUTANTE	PRONTUÁRIO DO EXECUTANTE	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
ENCAMINHAMENTO PARA DR.	DIA	HORA

### SOLICITAÇÃO DE EXAMES

### RELATÓRIO DA UNIDADE REFERÊNCIA

NOME DO PACIENTE	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
DIAGNÓSTICO	CID
CONDIÇÃO ADOTADA	
MÉDICO EXECUTANTE/CRM (ASSINATURA E CARIMBO)	LOCAL E DATA

A FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA DEVERÁ ACOMPANHAR O PACIENTE,  
VISTO QUE ESTA É A SUA GARANTIA DE RETORNO




**SUS - RN**

**FICHA DE REFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO**

UNIDADE DE ORIGEM SOLICITANTE		ESPECIALIDADE <i>Neurologia</i>	
NOME DO PACIENTE <i>Francisco Antonio de Silva</i>		DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
SEXO M ( ) F ( )	CPF	IDENTIDADE / ÓRGÃO EMISSOR	MUNICÍPIO DE ORIGEM

## RELATÓRIO DA UNIDADE DE ORIGEM

RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO DO PACIENTE).		
<p>PFD após trauma vermento eletroencefalográfico e subulatório</p>		
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	CID	PRIORIDADE
Trauma		1 ( ) 2 ( ) 3 ( )
LOCAL E DATA DA SOLICITAÇÃO	MÉDICO SOLICITANTE / CRM ASSINATURA E CARIMBO)	
10/08/19	 CLINICA DE NEUROLOGIA 2019	

PARA USO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

UNIDADE EXECUTANTE:		PRONTUÁRIO DO EXECUTANTE:	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
ENCAMINHADO PARA DR.		DIA	HORA

**FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO**

## RELATÓRIO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

NOME DO PACIENTE		CÓDIGO DO ATENDIMENTO
DIAGNÓSTICO		CID
CONDUTA ADOTADA		
MÉDICO EXECUTANTE / CRM (ASSINATURA E CARIMBO)	LOCAL E DATA	
A ficha de Contra-Referência deverá acompanhar o paciente, visto que está a sua garantia de retorno.		



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAMARÉ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Monsenhor José Toldado, nº 427 - Centro  
CEP 58.598-000 Tel.: (84) 3525-2728  
E-mail: [sms.guamaré@gmail.com](mailto:sms.guamaré@gmail.com)



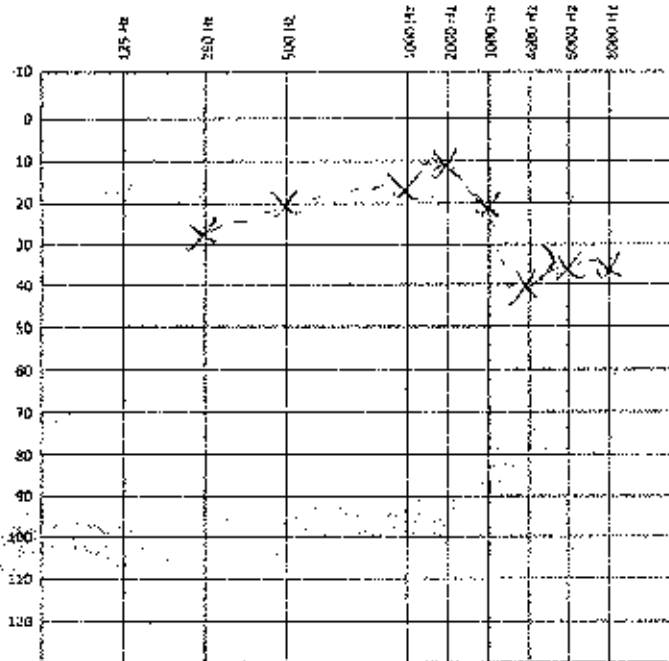
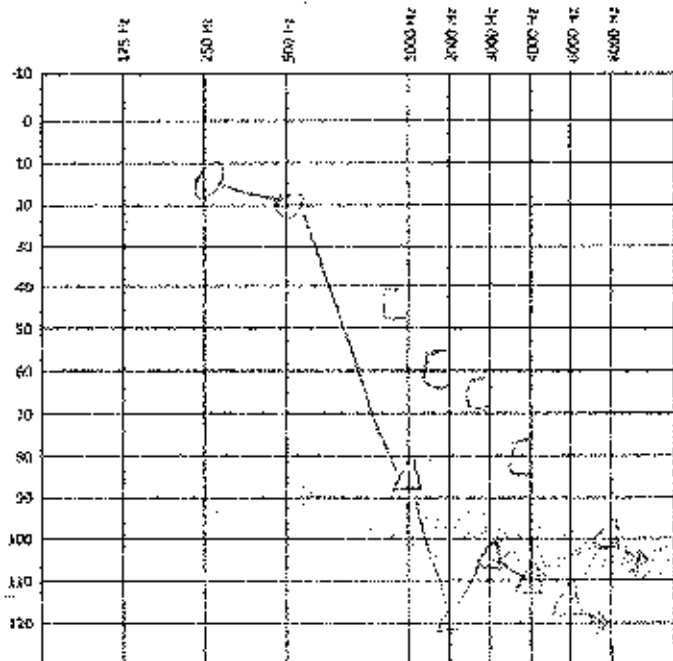
## RECEITUÁRIO

Declaro para os devidos fins  
que, o Sr. Francisco Antônio da  
Silva, realizou tratamento fisio-  
terápicos do dia 04/06 a 16/07  
do presente ano, devido sequé-  
las de PFB na esquerda.

*Renata Teotônio*  
**Renata Teotônio**  
FISIOTERAPEUTA  
CREFITO 236599-F

Guamaré, 20.08.2019

Nome: Francisco Antonio da Silva Idade: 54  
Data de Nas. 27.09.1965 Queixa: zumbido e dor  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Encaminhamento: mitro Data: 29.08.2019



OUVIDO		DIREITO	ESQUERO
TESTE	MONO.	dB	60 dB
	DISSI.	%	100 %
DISC. VOCAL	MONO.	dB	60 dB
	DISSI.	%	100 %
SRT		dB	20 dB
DET. FALA		dB	dB
MCL		dB	dB
UCL		dB	dB

Laudo: Perda auditiva do tipo misto de grau  
Suave em OD e nas frequências de  
1000, 6000 e 8000 Hz em OE.

Curva timpanométrica do tipo A bilateral.  
Assimetria de reflexos ipsi e contralateral  
ausente

Presença de reflexos ipsi e contralateral

Assi.: \_\_\_\_\_

Leonardo Costa da S.

Foneaudiólogo

CRFa 8 - 11880

**SIMBOLOGIA:**

VIA AÉREA

Normal: O/X

Masc.: Δ/∇

VIA ÓSSEA

Normal: </>

Masc.: /|/

CAMPO LIVRE: S

AUDIOMETRO:

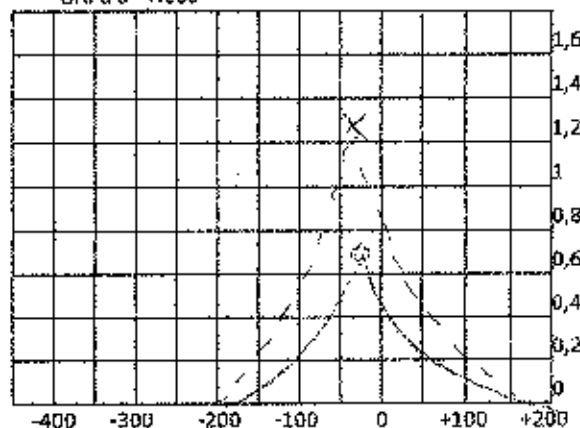
Resonance r37a

MITÂNCIOMETRO:

Interacoustics AT235

COMPLACÊNCIA ESTÁTICA	OD	OE
PRESSÃO	-35	-46
POSIÇÃO NEUTRA	0.00	0.33
+200 mm/a	1.12	1.50
COMPLACÊNCIA (VOLO.M.)	0.23	1.12

Hz	VIA EFERENTE DIREITA		VIA EFERENTE ESQUERDA	
	CONTRA LATERAL	IPSI LATERAL	CONTRA LATERAL	IPSI LATERAL
	dB HTL	dB HTL	dB HTL	dB HTL
500	110	110	110	110
1000	70	70	70	70
2000	70	70	70	70
4000	70	70	70	70



Classif. do tipo de P. A., Silman e Silverman (1997)

Classif. do grau de P. A., QMS (2014)

Classif. do grau de P. A., Lloyd e Kaplan (1978)

Classif. do grau de P. A. para crianças, Northern e Downs (2002)