

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452575/18

Número do Sinistro: 3180590263

Vítima: FRANCISCO CEZINO

CPF: 026.569.874-07

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 05/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO CEZINO

DOCUMENTOS ENTREGUES

MARIA JOSE FERNANDES DA SILVA : 105.993.924-01

Comprovante de residência

FRANCISCO CEZINO : 026.569.874-07

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/12/2018
Nome: MARIA JOSE FERNANDES DA SILVA
CPF: 105.993.924-01

MARIA JOSE FERNANDES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2018
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452575/18

Número do Sinistro: 3180590263

Vítima: FRANCISCO CEZINO

CPF: 026.569.874-07

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 05/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO CEZINO

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: 27/12/2018
Nome: MARIA JOSE FERNANDES DA SILVA
CPF: 105.993.924-01

MARIA JOSE FERNANDES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2018
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452575/18

Vítima: FRANCISCO CEZINO

CPF: 026.569.874-07

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 05/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO CEZINO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA JOSE FERNANDES DA SILVA : 105.993.924-01

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

FRANCISCO CEZINO : 026.569.874-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/12/2018
Nome: MARIA JOSE FERNANDES DA SILVA
CPF: 105.993.924-01

MARIA JOSE FERNANDES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2018
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180590263

Vítima: FRANCISCO CEZINO

Data do Acidente: 05/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO CEZINO

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, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180590263

Vítima: FRANCISCO CEZINO

Data do Acidente: 05/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO CEZINO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180590263

Vítima: FRANCISCO CEZINO

Data do Acidente: 05/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO CEZINO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF de vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

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

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

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

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

☐ O IML que atenda 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não autorizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

PROTÓCOLO
RECEBIDO

Assinatura

14 DEZ 2013

Assinatura

TERRA DO SOL ADM.
E COOPERADORA DE SEGUROS

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





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 JOÃO CÂMARA
Endereço: RUA JOAQUIM ROGÉRIO, 276, UNER, SANTA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018163000770
1.2 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 04/12/2018 10:23:13
1.4 Ligar CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 05/10/2018 12:30:00
2.2 Tipo: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: 00
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: BAIRRO
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida
2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RUA DO MATADOURO
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: JOÃO CÂMARA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCISCO CEZINHO
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Sem identificação
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 02656987407
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: OPERADOR DE MAQUINAS
3.15 Telefone(s): 84 99929153
3.17 Número: 05
3.19 Bairro: ZONA RURAL
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: RIACHUELO

3.2 Estado civil: Solteiro(s)
3.4 Pai: JOSE CEZINHO FILHO
3.6 Mãe: MARIA DO CEU BARBOSA CEZINHO
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 26/06/1977
3.14 RG: 1584519 - ITER/RN
3.16 Passaporte:
3.18 Naturalidade: SÃO PAULO DO POTENGI/RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: SÍTIO CACI IOEIRA
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.3 Chassi: *****74765
7.1.5 Placa: QGA8093
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2015
7.1.11 Cor do veículo: PRETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: FRANCISCO CEZINHO
7.1.17 Nome do condutor: FRANCISCO CEZINHO
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam: 01049087256
7.1.6 Estaco:
7.1.8 Modelo: CG150 FAN FSDI
7.1.10 Ano de Fabricação: 2015
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vinculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

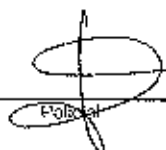
A VÍTIMA AFIRMA QUE NA DATA E LOCAL MENCIONADOS NESTE B.O. ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA PELA RUA DO MATADOURO, CIDADE DE JOÃO CÂMARA/RN, QUANDO AO ULTRAPASSAR UMA MOTO COM UMA CARROCINHA, ESTA ATRAVESSOU NA FRONTE QUE, AO TENTAR DESVIAR DA MESMA REFERIDA MOTO, BATEU NO CALÇAMINHO E A MOTO CAIU, LEVANDO A VÍTIMA JUNTO, QUE TEVE SUDOPE IMPRIMISSADO ENTRE UMA ÁRVORE E A SUA MOTO, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU, SENDO LEVADO PARA O HOSPITAL WILFREDO GURGEL, EM NATAL/RN, QUE PERDEU OS CINCO DEDOS DO PÉ ESQUERDO E TEVE ALGUMAS ESCORIAÇÕES AO LONGO DO CORPO. NADA MAIS DISSE.

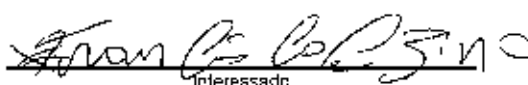
9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

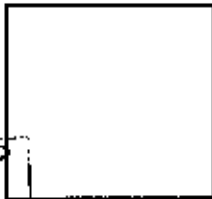
11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 04/12/2018 10:23:13


Policial


Interessado

PROTOCOLADO
RECEBIDO
14 DEZ 2018
TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.


Polegar direito

Atendimento: 2072858 - DANIELLE SILVA DE ARAUJO FERREIRA
Impresso por: 2072858 - DANIELLE SILVA DE ARAUJO FERREIRA em 04/12/2018 10:23:17

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO CEZINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000060543-4

Nr. da Autenticação 566CDFBE25317510



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 51639 /2018

Admissão: 05/10/2018 15:01:51



CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 95766 - FRANCISCO CEZINO (41 a 3 m 9 d)

Nascimento: 26/06/1977

Natural: NATAL BRASIL

CNS: 700204936861823

CPF: 02656987407

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: MARIA DO CEU BARBOSA CEZINO

Pai:

Prof:

Logradouro: FRANCISCO FERREIRA DA SILVA, 180

CEP: 59470000

Bairro: RIACHUELO

Cidade: RIACHUELO

Telefone: 84 96655036

Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA
Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: NÃO REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 05/10/2018 14:58:21

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
16:00	110/70		98%		22	101		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ACIDENTE DE MOTO COLISÃO EM ARVORE

Hora:

Acidente moto ocorrido com
João Carneiro, apresentando trauma
fe Esg

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

Vias aer. lim
glo far 15

OUTRAS OBSERVAÇÕES

firmes e deprimidos

PROTOCOLO
RECEBIDO

14 DEZ 2018

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Fratura de Esg

Elaborado via SX por MIRLYS SAMARA RODRIGUES SANTOS. Impresso em 05 de outubro de 2018.

05/10/18

15:50

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1

ANAMNESE

Тимо и род

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO 269 das lombares foram livres
prova em erigido com perda de mobilidade

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Uniformity do antep' R

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

CONEXÃO PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

(1) Dor

(2) Medicação Kyph

(3) Ao C.C.

Unidade Hospitalar de Traumatologia
Ortopedia e Traumatologia
021-888-5148

~~Ortopedia e Traumatologia~~

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

274 100 100 100
1950

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE ROMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	5
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa inconsciente, se o paciente responde 4, se não 3)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente a perguntas sobre os parâmetros locais da história, nome, mês, ano, o pessoal, a cidade e etc.)	5
Conversa compreensível de perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão	4
Palavras incoerentes (Não responde, mas tem grãos compreensíveis)	3
Sons ininteligíveis. (Dizem do sono articulação palavras.)	2
Apneia	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Executa sempre quando diz "é ordenado.")	5
Localiza estímulo doloroso.	4
Reflete involuntário e dor.	3
Perda flaccida do tônus (Descontingido).	2
Perda intencional do tônus (Descontingido).	1
BPM e resposta motora.	1
Total	

ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA		
DISCRIMINADOR	NOTAÇÃO	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15	≤ 3
	8-12	≤ 3
	5-7	≤ 2
	4-5	≤ 1
	3	≤ 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10 - 20	≤ 2
	≥ 20	≤ 3
	8-9	≤ 2
	1-6	≤ 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	40	≤ 0
	≥ 90	≤ 3
	70-89	≤ 2
	50-69	≤ 1
	1-49	≤ 0

"Escola de Tatuagem Revolucionária (TR): Borda direita de uma tira para pacientes de Urutua fechada. Referência: Adaptado de Changchien H.R. Sato: W.A. Copes, et al; A revision of the Thomas score. J. Trauma 1983; 23: 1182.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005)*

03 - Degrave (necessidade de
instrução média):
04 - J. moderador
16.19 eleva

*Reference: TEASDALE G, JENNET B. Assessment of coma and scaled consciousness: A practical scale. *Lancet* 1974;2:81-4.

5. A admissão propõe-se aplicar-se a seguintes competências que, combinadas com idade superior a 15 anos, na Escola Curral de Freitas se encontram que classificam o interessado de aluno de 1.ª e 2.ª ciclos do 1.º e 2.º graus de ensino;

SEM COR	LEVE	Moderate	Intense	Prior Positive
0	1	2	3	4

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS)

N E 7A

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

BACX

Dr. Fernando Lima Reis

CONDIÇÃO PRIMÁRIA, MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dr. Fernando Lima Reis
CRM 3253Dr. Fernando Lima Reis
CRM 3253

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

ORTOPEDIA

HORA:

DATA:

05-07-2018

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

Dr. Fernando Lima Reis
CRM 3253

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

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

UNAI NESE

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:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: 05/10/18

HORA: 15:43

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Ramon Marcelo M. Tebeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP - 5148

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação.

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

EVOLUÇÃO
MULTIDISCIPLINAR

Nome

Priscila Corina

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

05/10/18 Ortop

Exame físico 20 (25) graus

ao toque
Anest

Bruno M. L. Borges
Ortopedia/Traumatologia
CRM 8975-SBOT 13842

07/10/18 Ortop

Exame físico do
m. biceps

0.5/1.0

Dr. Ricardo Amador
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5387-SBOT 14025

11-10-18

TRATAMENTO

PV

NECESS

PR

PULSUS

0.5/1.5

PA 110/70

TRATAMENTO

AMPLIO

T.H.T

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situações de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanísticos.

7.1.23

**GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL****Identificação**

Enfermaria: _____ Leito: 431 UTH: _____ Leito: _____
Data de admissão: 05/10/18 Alta: _____
Nome: Francisco Cezina Naturalidade: Riachuelo/RN
Idade: 41 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 26/10/1977
RG: 15.845.39 Estado Civil: Divorciado Nível de Instrução: 4ª série
Filiação: Pai: João Cezina Filho
Mãe: Maria do Carmo Barbosa Cezina
Endereço: Sítio Cachoeira, 05 Cidade: Riachuelo/RN
Telefone: 9951-4233 M.ª Joia (ex-mul) ☐ Residencial ☐ Trabalho ☐ Recad
Contato: _____ Outros telefones: _____
Composição familiar: Reside sozinho
Outras informações: Faz uso de ☒ Alcool ☐ Fumo ☐ Drogas ☐ Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Desempregado Trabalho c/ vínculo empregatício ☐ Não ☐ Sim
☐ Aposentado ☐ Auxílio doença ☐ BPC ☐ Autônomo ☐ Pensionista ☐ Desempregado
Programas e Serviços: ☐ Passe Livre ☐ Bolsa Família ☐ PETI ☐ PSF ☐ CAPs ☐ SAD
Internação decorrente de acidente de trabalho? ☐ Não ☐ Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

☐ Sozinho - procurou atendimento ☐ Trazido por familiares ☒ Trazido pelo SAMU
☐ Socorrido em via pública ☐ Outros meios _____
☒ Encaminhado: Hospital de origem: João Cezina

Crítérios para Acompanhante

Possui requisitos? ☐ Não ☐ Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Física ☐ Mental
Responsável pelo paciente: Maria Joia Fernandes da Silva
Parentesco: companheira Telefone: _____
Endereço do Responsável: o mesmo

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente vítima de queda de altura
orientações:

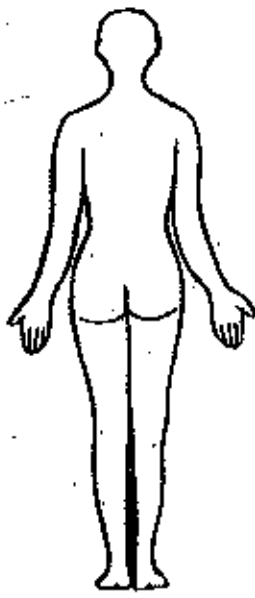
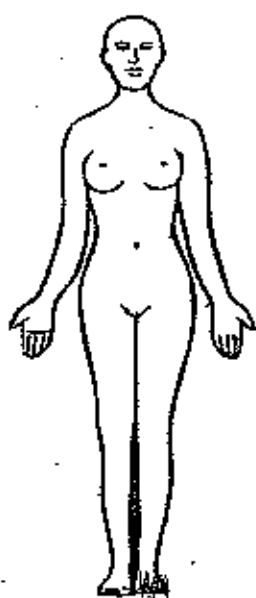
Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP ☐ SVO ☐ DO ☐ Obs. _____
Alta hospitalar ☐ Transferência ☐ Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____



FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Francoise Aguiar
DATA DE NASCIMENTO: 26/06/1977 IDADE: 41 anos
REGISTRO: 1176411 - FIA - 10240
DATA DE ADMISSÃO: 05/10/2018 HORA: 30:00h
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia
HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO: () ACESSO CENTRAL: ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: ()
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO () HIPERTENSO: SIM () NÃO ()
DIABÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS: _____
MEDICAÇÕES EM USO: _____
CIRURGIAS ANTERIORES: _____
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÃO: uma pelecular de Dx
ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JALECO Nº _____

ACESSO CENTRAL: _____

INSTRUMENTADO: Rafaela
CIRCULANTE: Isis
TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUID () PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS: _____
ANESTESISTA: Dr. Maria Helena
INÍCIO DE ANESTESIA: 20:40
TÉRMINO DE ANESTESIA: 22:00
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: 2mg - cefotaxima
HORA: 20h

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Salinho

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: Paulo Sérgio Cordeiro

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: Fratura do pé esquerdoIndicação terapêutica: Fixação Cirúrgica

Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃOData: 05/10/18

Início:

Término:

Duração:

Operador: Bruno Muniz

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em deambulação com dor leve
de insuportável.

Aos 15h de 05/10/18, realizou-se

Observação: O paciente chegou ao pronto
socorro com dor leve no pé esquerdo
e dor no tornozelo. Foi realizada a
análise da lesão e constatou-se uma
fratura de fêmur com deslocamento.

Procedeu-se à fixação com placa e
parafusos.

OBSERVAÇÃO: Paciente está bem.

Bruno Muniz L. Gomes
Ortopedia/Traumatologia
CRM 5075 - SBO 13842

03/10/18
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SALINHO

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Salinho

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: FRANCISCO COSTA

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: NOBILIZACAO DO ANTOPOE PÓS TRAUMAIndicação terapêutica: ANESTESIA GERAL Urgência () Eletiva ()**INTERVENÇÃO**Data: 17/10/18

Início:

Término:

Duração:

Operador: BRUNO BORGES

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃOPaciente em estado de SepsisASSISTIDA POR ANESTESIAAPÓS O ANESTESIAOBSTRUÇÃO NOBILIZACAO DO 1º, 2º, 3º, 4º, 5ºPOE.
NOBILIZACAO ANTERIOR PARA NOBILIZACAO DO 1º
NO ANESTESIA
SUBSTITUÍDO

Brundo Muniz L. Borges
Ortopedia/Traumatologia
CRM 5975 - SBO 13942

Brundo Muniz L. Borges
Ortopedia/Traumatologia
CRM 5975 - SBO 13942

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

INICIO DE CIRURGIA: 20:50h
CIRURGIÃO: Dr. Bruno Muniz
1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:
TIPO DE CIRURGIA: Tratamento cirúrgico de fratura exposta de
pe esquerdo com fio de Kirschner no 2.º

TÉRMINO DE CIRURGIA: 22h
SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (x)
SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (x)
EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (x) RX: SIM () NÃO (x)
RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (x) TIPO:
RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (x) TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (x) FEITO FICHA: SIM () NÃO (x)
MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (x) ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO (x)
FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (x)
DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (x)
COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM (x) NÃO () QUANTIDADE: 15
GAZES CONFERIDAS: SIM (x) NÃO () QUANTIDADE: 80
CAIXA CIRÚRGICA: Baseado a drill da ortopedia
COMPLETA: SIM (x) NÃO () OBS.:
ÓBITO: SIM () NÃO (x) HORA: REALIZADO RCP: SIM () NÃO (x)
RESPONSÁVEL PELA RCP:

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (x) UTI () ALTA ()
EM AMBIENTE: SIM (x) NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO (x)
ENTUBADO: SIM () NÃO (x)
PREENCHIDO AIH: SIM (x) NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (x) NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (x) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: 20:40h paciente admitido neste setor antes cirur-
gia para submeter-se a um procedimento cir-
úrgico nos cuidados de Dr. Bruno Muniz
08:30h paciente internado na sala de cirurgia.
22:30h. paciente encaminhado ao e.r.b. em vi-
são, sinais vitais no momento: SpO₂ = 98%
pulso = 90 bpm - PA = 130 x 80 mm Hg - T_{axila}

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



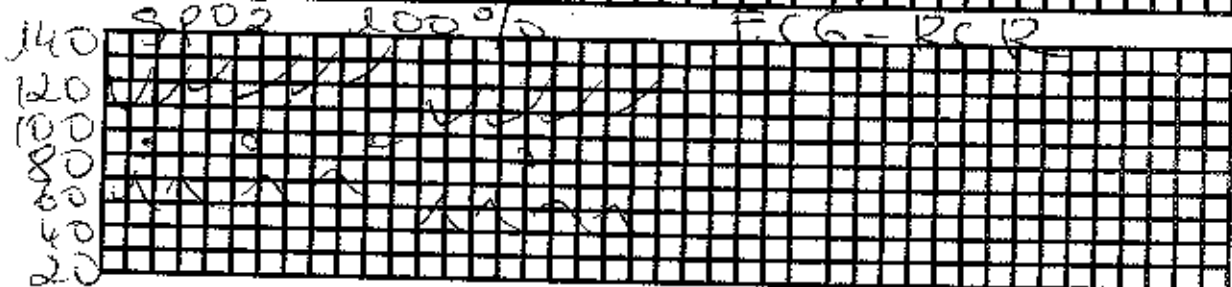
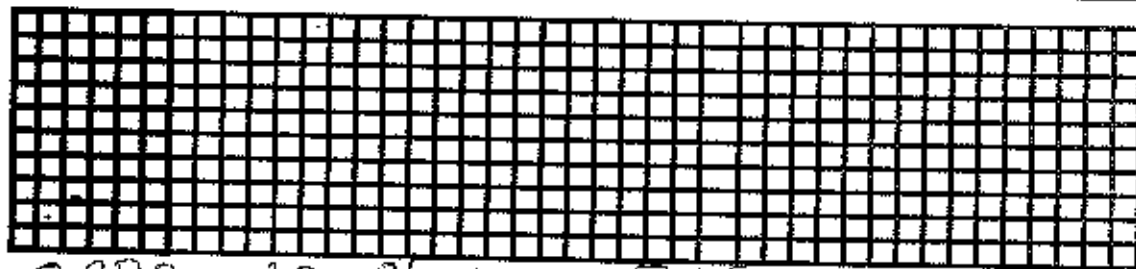
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Francisco Bego no ASA: _____
Idade: 44 Sexo: M Registro: 10240/2018
Diagnóstico: Fratura exposta de osso 12^o Data: 05-10-2018
Cirurgia Realizada: TT0 cirurgico de fraturas expostas do pé E
Cirurgião: Alípio Auxiliar: el fio fixador
Anestesiologista: M^a Helena Enfermagem: _____

História Clínica Admissional: Avaliada de modo trauma, sem pé E
fratura exposta dos ossos do pé E
negativo alergias

Técnica Anestésica: Rapina L3 L4 agulha no 25 descarteuf



Início: 20:40/20:55

Término: 22:10 h

Anestésicos Utilizados:

1. Propofol 100 mg
2. 0.5% 13 mg
3. Fentanyl 0.2 mg
4. Sufentanil 40 mcg
5. Diprivan 2 mg
6. SF fisiológico 1500 ml

Encaminhamento: ERO

2. Rug. 500

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

11. _____

12. _____

13. _____

14. _____

CONTROLE COM ORIGINAL

DATA: 05/10/2018

HORA: 22:10

SIGLA: _____

ASSINATURA: _____

D^{ra} M^a Helena

Assinatura do Anestesiologista - CRM

Id. Paciente: 437

Paciente: FRANCISCO CEZINO

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Data Exame: 09/10/2018 14:36:59

Técnico: TEC. ADEMIR JOSE

Idade: 0 ano(s)

PÉ AP

60.4 %



E

PE ORL



53.7.16

Id. Paciente: 51639/2018

Data Exame: 05/10/2018 15:26:33

PE AP

Paciente: FRANCISCO CEZINO

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



53.7.16

Tecnico: TEC: DIEGO/J.S

Idade: 41 ano(s)

E



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Salinho

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: FRANCISCA Cezila ASA: 2

Idade: 40 Sexo: _____ Registro: _____

Diagnóstico: _____ Data: _____

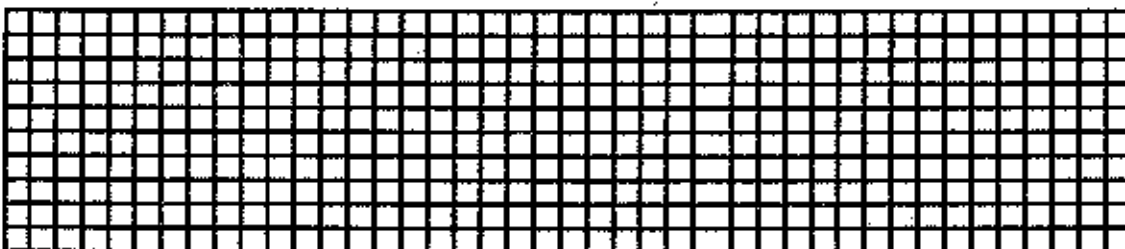
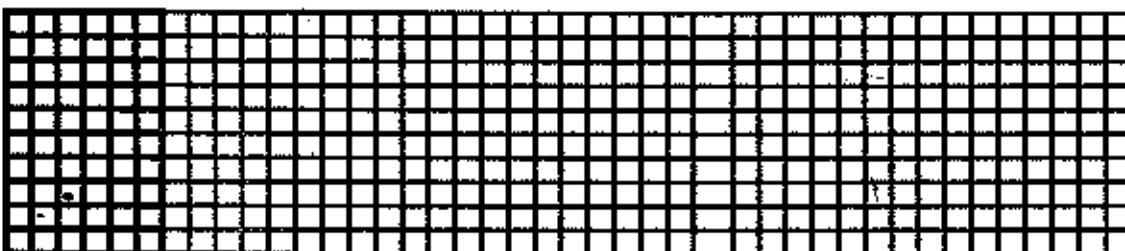
Cirurgia Realizada: ALPUGNÃO bmbx + c h e b b

Cirurgião: _____ Auxiliar: _____

Anestesiologista: _____ Enfermagem: _____

História Clínica Admissional: _____

Técnica Anestésica: Propofol + N₂O



Início: 7:50 Término: _____

Anestésicos Utilizados:

- | | |
|-------------------------|-----------|
| 1. <u>Propofol 15</u> | 2. _____ |
| 3. <u>Valant 0,1</u> | 4. _____ |
| 5. <u>Alcaldia 1</u> | 6. _____ |
| 7. <u>Alcaldia 2</u> | 8. _____ |
| 9. <u>Alcaldia 0,1</u> | 10. _____ |
| 11. <u>Alcaldia 0,1</u> | 12. _____ |
| 13. _____ | 14. _____ |

Encaminhamento: MA ENO E1.360

Assinatura do Anestesiologista - CRM

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180590263 **Cidade:** João Câmara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CEZINO **Data do acidente:** 05/10/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/ ESMAGAMENTO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO ANTEPÉ ESQUERDO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO ANTEPÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA DO ANTEPÉ ESQUERDO.

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 anatômica completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180590263 **Cidade:** João Câmara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CEZINO **Data do acidente:** 05/10/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/ ESMAGAMENTO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO ANTEPÉ ESQUERDO.
ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO ANTEPÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA DO ANTEPÉ ESQUERDO.

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 anatômica completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Francisco Cezino
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	OPERADOR DE MÁQUINAS
IDENTIDADE:	1584519
ENDEREÇO:	SITIO CACHOEIRAS ZONA RURAL Nº 05-MUN.

OUTORGADO RIACHUELO - RN

NOME:	MARIA JOSE FERNANDES DA SILVA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	DOMESTICA
IDENTIDADE:	001.896.964
ENDEREÇO:	SITIO CACHOEIRA Nº 05- ZONA RURAL MUN.

RIACHUELO - RN

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Riachuelo 03/12/18

LOCAL E DATA



Francisco Cezino

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

OFÍCIO ÚNICO DE RIACHUELO/RN

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
FRANCISCO CEZINO; Por ter sido posta em minha presença, dou fé
Riachuelo/RN, 3 de Dezembro de 2018
Em testemunho da verdade.

Valéria Lugivan Rocha de Lima - Escrevente Autorizado(a)
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

PROTOCOLO
RECEBIDO

14 DEZ 2018

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

