BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDREIA CARLA DE ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01038-3

CONTA: 000010016679-2

Nr. da Autenticação 7C9FC8BDAD740C6A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567456 **Cidade:** Caraúbas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDREIA CARLA DE ARAUJO **Data do acidente:** 30/05/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 8 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190567456 **Vítima: ANDREIA CARLA DE ARAUJO**

Data do Acidente: 30/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FRANCISCO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANDREIA CARLA DE ARAUJO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190567456 **Vítima: ANDREIA CARLA DE ARAUJO**

Data do Acidente: 30/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FRANCISCO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDREIA CARLA DE ARAUJO

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190567456 **Vítima: ANDREIA CARLA DE ARAUJO**

Data do Acidente: 30/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FRANCISCO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANDREIA CARLA DE ARAUJO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190567456 **Vítima: ANDREIA CARLA DE ARAUJO**

Data do Acidente: 30/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FRANCISCO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ANDREIA CARLA DE ARAUJO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190567456 **Vítima: ANDREIA CARLA DE ARAUJO**

Data do Acidente: 30/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FRANCISCO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDREIA CARLA DE ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

Recebedor: **ANDREIA CARLA DE ARAUJO**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **001**
Agência: **000001038-3**
Conta: **000010016679-2**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seguradora LÍDER

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

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

2 - nº do sinistro na ASL:

3 - CPF da vítima: 069069334-69

4 - Nome completo da vítima: Andreia Carla de Araujo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 408/2012

5 - CPF: 069069334-69

6 - Nome completo: Andreia Carla de Araujo

7 - Profissão: Agricultora

8 - Endereço: Rua Pelagio Guerra

9 - Número: 228

10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Nto da Liberdade

12 - Cidade: Caraúbas

13 - Estado: RN

14 - CEP: 59780-000

15 - E-mail: não possui

16 - Tel (DDD): (84) 998 27-0066

DADOS CADASTRAIS

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

27 - Nome completo do Representante Legal:

28 - CPF do Representante Legal:

29 - Profissão do Representante Legal:

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

30 - 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

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

☒ CONTA POUPANÇA (informar os dados bancários abaixo, exceto caixa econômica)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4038-3 (informar o dígito verificador) CONTA: 166790 (informar o dígito de controle)

☐ CONTA CORRENTE (informar os dados abaixo)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (informar o dígito de controle) CONTA: (informar o dígito de controle)

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

32 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO OU 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 fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias, no entanto, sem base no comprometimento do laudo do IML do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, ao invés disso, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica de escolha da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, bem como declarando que esta escolha não significa prévia concordância com a futura avaliação médica, ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DOS ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

26 - Data do óbito da vítima:

27 - Renda Familiar da vítima: 28 - Vítima deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

30 - Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima deixou cônjuge? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tiver filhos, informar: Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder poderá, caso perceba, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem tal condição, estando ciente, ainda, de que qualquer ambígüidade ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, sem prejuízo da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1º) Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2º) Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

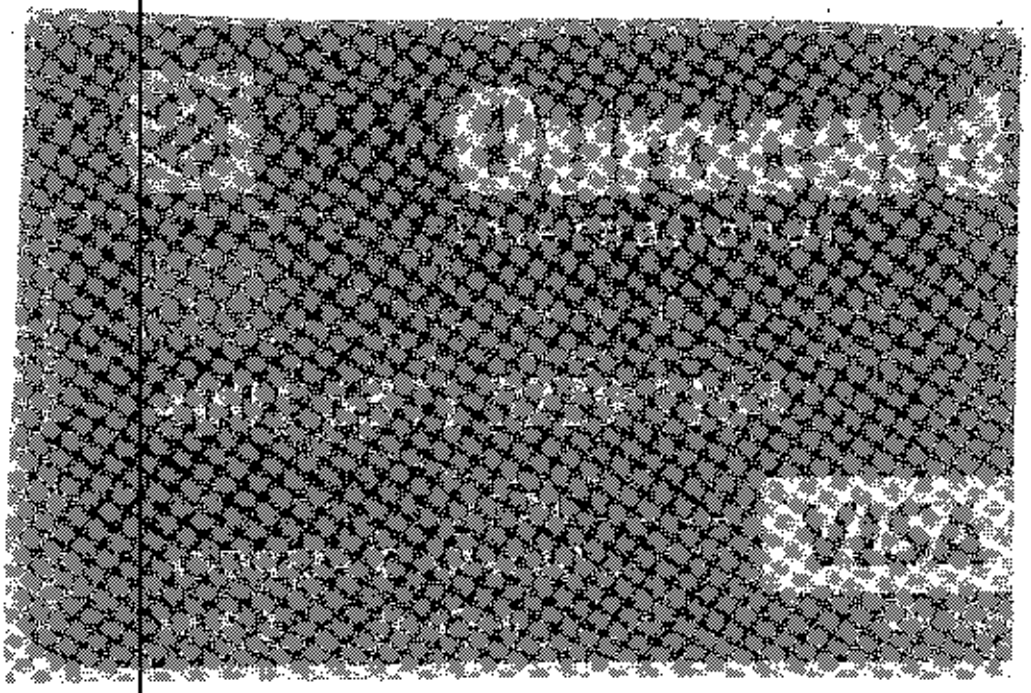
40 - Local e Data: Caraúbas/RN 28/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (obrigatório)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

HPS.001-V000/2019



AG: 1038-3

RONTA: 16679-0

Seguradora LÍDER

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 ASI:

3 - CPF da vítima: 069069334-69

4 - Nome completo da vítima: Andreia Carla de Araujo

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Andreia Carla de Araujo

6 - CPF: 069069334-69

7 - Profissão: Agricultora

8 - Endereço: Rua Pelagio Guerra

9 - Número: 228

10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Alto da Liberdade

12 - Cidade: Caraúbas

13 - Estado: RN

14 - CEP: 59780-000

15 - E-mail: Não Possui

16 - Tel. (DDD): (84) 99827-0066

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (assinalar 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 de 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 posteriores(ve) nascer? ☐ 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró - RN 25/09/2019

Andreia Carla de Araújo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019


Ourocard
International
4001 0371 5229 7164
VISA

Seguradora LÍDER

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:

3 - CPF da vítima: 069069334-69

4 - Nome completo da vítima: Andreia Carla de Araujo

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Andreia Carla de Araujo

6 - CPF: 069069334-69

7 - Profissão: Agricultora

8 - Endereço: Rua Pelagio Guerra

9 - Número: 228

10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Alto da Liberdade

12 - Cidade: Caraúbas

13 - Estado: RN

14 - CEP: 59780-000

15 - E-mail: Não Possui

16 - Tel.(DDD): (84)99827-0066

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 1038-3 (Informar o dígito se existir) CONTA: 16.679-0 (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 o devido, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (assinalar 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 de 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data, Mossoró-RN 25/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Andreia Carla de Araújo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019


Ourocard
International
4001 6371 5229 7164
VISA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOL
DIRETORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR – DPCIN
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DE CARAÚBAS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 531/2019

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

Local: Centro da Cidade de Caraúbas, Próximo ao Supermercado Praxedes

Data fato: 30/05/2019 **Hora do Fato:** 11hrs20min

COMUNICANTE	Nome:	ANDRÉIA CARLA DE ARAUJO				
	Naturalidade:	Janduis/RN	Nascido (a) em:	30.01.1983	Doc	RG: 002.623.388 SSP/RN
	Filho (a):	Manoel Fabricio de Araujo e Maria da Assunção de Brito				
	Estado civil:	Solteira	Telefone:	(84) 9 9806-8902		
	Endereço:	Rua: Pelagio Guerra, nº 228, bairro Alto da Liberdade, Caraúbas/RN				

VÍTIMA	Nome:	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx				
	Naturalidade:	Xxxxxxxxxxxxxxxxxx	Nascido em:	Xxxxxxxxx	Doc.	RG:Xxxxxxxxx
	Filho (a) de:	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx				
	Estado civil:	Xxxxxxxxx	Telefone	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx		
	Endereço:	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx				

NOTICIADO	Nome:	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx				
	Naturalidade:	xxxxxxxxxxxxxxxxx	Nascido em:	xxxxxxxxx	Doc.	Xxxxxxxxxxxxxxxxxx
	Filho (a) de:	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx				
	Estado civil:	Xxxxxxxxx	Telefone	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx		
	Endereço:	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx				

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:

Relata o (a) comunicante **QUE** no dia, horário e local supracitados, encontrava-se conduzindo o veículo tipo HONDA/POP 110I; Renavam: 01095720306, CHASSI: 9C2JB0100HR204106, COR: PRETA, PLACA: OGF0636, ANO/MOD. 2016/2017, licenciado em nome de JOÃO MAXSANDRO ARAUJO MELO, trafegando próximo ao local citado quando se deparou com outra pessoa que vinha na contramão; **QUE** o pneu dianteiro da motocicleta dessa outra pessoa colidiu com o pneu da motocicleta da comunicante; **QUE** diante essa colisão a comunicante veio a cair no chão, e perdeu a consciência por alguns minutos; **QUE** a segunda pessoa, fugiu do local sem prestar socorro; **QUE** a comunicante foi socorrida por uma colega que passava no local no momento do acidente e foi levada para o Hospital Regional de Caraúbas; **QUE** a comunicante sofreu escoriações pelo corpo, como também algumas lesões como consta no boletim médico; **QUE** a vítima não tinha ingerido bebida alcoólica; **QUE** procurou esta Delegacia de polícia civil para comunicar os fatos, assim como requerer indenização no seguro DPVAT; **QUE** o comunicante não possui CNH; **QUE** nada mais disse nem lhe foi perguntado. As informações prestadas neste B.O. São de inteira responsabilidade do (a) comunicante. O (A) comunicante se responsabiliza civil e criminalmente por suas declarações.

TESTEMUNHA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Providências adotadas:

Registrado o presente B.O, entregue a 1ª via a (o) comunicante

Data e hora da comunicação: Caraúbas/RN, 24.09.2019 às 11horas04min

Andréia Carla de Araújo
COMUNICANTE

CHRISTIANO OTHON COSTA DE MELO
Delegado de Polícia Civil

Seguradora LÍDER

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:

3 - CPF da vítima: 069069334-69

4 - Nome completo da vítima: Andreia Carla de Araujo

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Andreia Carla de Araujo

6 - CPF: 069069334-69

7 - Profissão: Agricultora

8 - Endereço: Rua Pelagio Guerra

9 - Número: 228

10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Alto da Liberdade

12 - Cidade: Caraúbas

13 - Estado: RN

14 - CEP: 59780-000

15 - E-mail: Não Possui

16 - Tel.(DDD): (84)998127-0066

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 **(assinalar 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa a prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vivo/morto)? ☐ 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 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mossoró - RN 25/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Andreia Carla de Araújo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

LOT (P) 94190

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
SESAP-HOSPITAL REGIONAL Dr. AGUINALDO PEREIRA DA SILVA-CARAÚBAS-RN
O Amigo da Criança

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DADOS DO ATENDIMENTO | Data: 30/05/19 | Hora: 11:33h | Atendimento nº:

Nome: AUDREA CARLA DE ALMEIDA | Idade: 36 a | Sexo: F

Data de Nascimento: 30/01/1983 | Cartão SUS:

Profissão: | Nº Identidade: 2.683.388

Endereço (Rua/Av./Sítio): R. PEDAGIO QUEIROZ | Nº | Complemento:

Bairro: ALTO DA LIBERDADE | Cidade: CARAÚBAS | Estado: RN | Telefone: 84988931391

Nome da Mãe: MARIA DA ASSUNÇÃO DE BRITO | Motivo da Procura:

Assinatura do Servidor:

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

Acolhimento com Classificação de Risco: Sofreu acidente de moto colisão

Queixas: moto x moto com dor no ombro e escoriações leves

Antecedentes Alérgicos: e hematoma na cabeça

HAS ( ) DM ( ) | Assinatura: | Classificação:

ANAMNESE:

EXAME FISICO: Peso: Temperatura: C° F. C: PA: 120x80 MHG FR: HGT:

CONDUTA: (X) Medicação ( ) Observação ( ) Laudo para AIH

1- Voltar para casa

2- Tramadol 100 mg + 100 ml SF 0,9% EV

3- Dr. Carlos Maria

Dr. Erivan Junior
Médico
CRM-RN 9880

HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO: Fratura de clavícula | CID:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: ( ) Laboratório ( ) Radiológico ( ) ECG ( ) Outros:

Médico:(Carimbo/ Assinatura)

Saída: Data/Hora: / / às 12:45 h. ( ) Alta Referido para USB ( ) Óbito

( ) Outra Unidade de Urgência ( ) Especialidade ( ) Internação no Hospital

COSERN

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Distrito Industrial - RN CEP 59025-250
CNPJ 05.594.154/0001-67 | Insc. Est. 20456193-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANDREIA CARLA DE ARAUJO

CPF 059.080.334-69 NIS 12097665459

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
ESPAÇO RENDA COMUNS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PEDRO AGIO GUERRA, 229

ALTO DA LIBERDADE/AREA URBANA
CARAUBAS RN
59780-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA LEITURA
7000944623	09/2019	23/09/2019	16/10/2019

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	SUBSÉRIE
020087900	ÚNICA	1800/2019

DATA DE APRESENTAÇÃO	PROTOCOLO	Nº DA NOTA FISCAL
18/09/2019	3910 1P6085	20705161

68,29

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,21971232	6,59
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,37654971	26,36
Consumo Ativo superior a 100 até 200 kWh	31,0000000	0,58497155	18,13
Adicional Bandeira VERMELHA			3,47
ICMS Parcela Subvencionada			6,93
Multa por atraso-NF 027105855 - 11/07/19			1,25
Multa por atraso-NF 027105855 - 18/08/19			0,93
Juros por atraso-NF 027105855 - 18/07/19			0,46
Juros por atraso-NF 027105855 - 18/08/19			0,18
Atualização IGPM-NF 027105855 - 18/07/19			0,17

TOTAL DA FATURA 68,29

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA JUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
21265773	CST	16/08/2019	[illegible]	16/09/2019	[illegible]	31	1,000000		137,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

BASES DE CÁLCULO

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	56,33	18,00	10,14
PIS	56,33	0,95	0,54
COFINS	56,33	4,40	2,48

COMPOSIÇÃO DA FATURA

		VALOR	%
Custo de Energia	R$	7,90	11,55%
Transmissão	R$	2,74	4,01%
Distribuição (Custo)	R$	16,45	24,06%
Perdas de Energia	R$	3,88	5,67%
Encargos Setoriais	R$	1,37	2,00%
Tributos	R$	15,80	23,12%
Total	R$	68,29	100%

TARIFA VIGENTE

Consumo Ativo até 30 kWh	0,2197123
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,3765497
Consumo Ativo superior a 100 kWh	0,5849715

CÓDIGO DE BARRAS

03-C6 3196 E039 2384 8271 3F0D 1F7 A0AF

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

[illegible]

HISTÓRICO E COMPENSAÇÃO DAS INTERRUPÇÕES

	DEMANDA	HORA ACUMULADA JULHO/19	HORA MENSAL	LIMITE MENSAL	LIMITE ANUAL
DIC		0,00	5,40	15,86	31,73
FIC		0,00	3,30	9,00	15,30
DMIC		0,00	3,11	0,00	0,00

Tarifa: 0829 12,29 BUSP - Valor do Kwh sem Tributos [illegible]

TENSÃO NOMINAL (V): 220

Limite de Variação (V)	Mínimo	Máximo
	202	231

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
7000944623	09/2019	23/09/2019	68,29

83800000000-9 68290038407-0 00094462320-4 0124710047 3-5

COSERN

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mossoró, 191, Bairro, Natal - RN, CEP 59025-290
CNPJ 08.324.196/0001-01 | Insc. Est. 20100100-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANDRECIA CARLA DE ARAUJO

CPF 005.069.324-82 NIS 16080100459

CLASSIFICAÇÃO

01 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PELAGIO GUERRA 223

ALTO CAIC ERDOS PERFA UERENA
CARAUBAS RN
59780-000

Nº DO CONTRATO	MÊS/ANO
7000944623	09/2019

DATA DE VENCIMENTO	DATA DE APRESENTAÇÃO
23/09/2019	16/10/2019

VALOR A PAGAR (R$)
68,29

REFERÊNCIA	ITEM	ENERGIA
09/2019	UNICA	30/08/2019

VENCIMENTO	Nº DO DOCUMENTO	Nº DA INSTALAÇÃO
23/09/2019	561013005	2675610

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,21071233	6,32
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,37014429	25,90
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	37,00000000	0,58497455	21,65
Adicional Bandeira VERMELHA			1,47
ICMS Parcela Subvencionada			8,80
Multa por atraso-NF 037/165856 - 16/07/19			1,25
Multa por atraso-NF 036/72984 - 16/08/19			0,50
Juros por atraso-NF 037/165856 - 16/07/19			3,49
Juros por atraso-NF 036/72984 - 16/08/19			0,10
Atualização Monetária-NF 037/165856 - 16/07/19			0,17

TOTAL DA FATURA 68,29

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA LEITURA	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	CAT	16/08/2019	[illegible]	16/09/2019	[illegible]	[illegible]	[illegible]		137,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES TÉCNICAS DE TRIBUTOS

	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto
ICMS	56,32	18,00	10,14
PIS	56,32	0,95	0,53
COFINS	56,32	4,40	2,48

Composição do Valor a Pagar			
Geração de Energia	G4	12,90	18,88%
Transmissão	T6	2,24	3,28%
Distribuição (Cosern)	D3	19,63	28,73%
Encargos de Energia	E4	3,92	5,74%
Encargos Setoriais	E5	1,30	2,04%
Tributos	R3	13,60	20,00%
Total	R$	68,29	100%

Consumo Ativo até 30 kWh 0,21071233
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,37014429
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh 0,58497455

MENSAGEM DO CONSUMIDOR

VENCIMENTO ANTECIPADO 23/09/2019 EQUIVALE A 30/09/2019 - 10,00%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

[illegible]

DEMONSTRATIVO DE INTERRUPÇÕES

	Valor Apurado (09/2019)	Limite Anual	Carga Instalada	Limite Anual
DIC	7,00	5,19	10,06	21,73
FIC	0,00	3,30	0,60	13,30
DMIC	7,00	3,19	0,00	0,00

Unidade: Horas

Fonte: Nota de Energia Elétrica Nº 3/2019 - Superintendência de Distribuição - 05.10.19

NÍVEIS DE TENSÃO

Tensão Nominal (V)	Faixa de Variação (V) Mínimo	Máximo
220	202	231

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
7000944623	09/2019	23/09/2019	68,29

03800000000-9 68290038407-0 00094462320-4 01247100473-5

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Rodrigues de Oliveira,

RG nº 001215329, data de expedição 27/01/14, Órgão Sesp RN,

CPF nº 056.819.334-23, venho perante a este instrumento declarar que não possui comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que residio no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Pelagio Guerra
Número	228
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Alto da Liberdade
Cidade	Mossoró
Estado	RN
CEP	59780-000
Telefone de Contato	(84) 99827-0066
E-mail	Não Possui

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mossoró-RN 25/09/2019

Assinatura do Declarante: Francisco Rodrigues de Oliveira

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 93 35

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=20636

A Circular SUSEP[1] 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[2].

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO; [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco Rodrigues de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 056 819.334 / 23 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Andreia Carla de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 069069.334 / 69

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Andreia Carla de Araújo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 069069.334 / 69, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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: Rua Pelagio Guerra		Número: 228	Complemento: Casa
Bairro: Alto da Liberdade	Cidade: Mossoró	Estado: RN	CEP: 59 780 - 000
E-mail: Não possui			Fel.(DDD): (84) 99827-0066

Local e Data: Mossoró - RN 25/09/2019

Francisco Rodrigues de Oliveira

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, João Maxsandro Araújo Melo

RG nº 003.506.036, data de expedição 28/03/18

Órgão SSP - RN, portador do CPF nº 076 675 684 - 05

com domicílio na cidade de Caraúbas, no Estado de Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Jonas Armagido de Oliveira, nº 15

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Andreia barla de Araújo, cujo o condutor era Andreia barla de Araújo

Veículo: Moto Modelo: Honda /Pop 110I Ano: 2017

Placa: QGF 0636 Chassi: 9C2JD0300HR204306

Data do Acidente: 30/05/2019

Local e Data: _____

João Maxsandro Araújo Melo
Assinatura do Declarante

Andreia barla de Araújo
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

1º OFÍCIO CARAÚBAS OFÍCIO ÚNICO

PRIMEIRO OFÍCIO DE NOTAS

Reconhecimento autenticidade a firma de JOÃO MAXSANDRO ARAUJO MELO
SELO DIGITAL

CARAÚBAS OFÍCIO ÚNICO DE NOTAS
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de: ANDREIA GARLADE ARAUJO
Caraúbas, 24 de Setembro de 2019 10:12:10
Confira a autenticidade em: https://selodigital.tjrn.jus.br/selo
Selo Digital: RN20190940780002 (1 ATO)
AA077757
Alcione Gomes da Silva
CPF 028.295.294-27
Escrevente

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
SESAP-HOSPITAL REGIONAL Dr. AGUINALDO PEREIRA DA SILVA-CARAÚBAS-RN
O Amigo da Criança

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DADOS DO ATENDIMENTO | Data: 30/05/19 | Hora: 11:33h | Atendimento nº:

Nome: ADORÉIA CARLA DE ARAÚJO | Idade: 36 a | Sexo: F

Data de Nascimento: 30/01/1983 | Cartão SUS:

Profissão: | Nº identidade: 2.683.388

Endereço (Rua/Av./Sítio): R. PELÁGIO QUEIROZ | Nº | Complemento:

Bairro: ALTO DA LIBERDADE | Cidade: CARAÚBAS | Estado: RN | Telefone: 9988932391

Nome da Mãe: MARIA DA ASSUNÇÃO DE BRITO | Motivo da Procura:

Assinatura do Servidor:

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

Acolhimento com Classificação de Risco: Sofreu acidente de moto colisão

Queixas: moto x moto com dor no ombro E, escoriações leves

Antecedentes Alérgicos: e hematoma na cabeça

HAS ( ) DM ( ) Assinatura: Classificação:

ANAMNESE:

EXAME FÍSICO: Peso: Temperatura: C° F. C: PA: 120x80 MHG FR: HGT:

CONDUTA: (X) Medicação ( ) Observação ( ) Laudo para AIH

1- Voltaren 1 amp
2- Tramal 100 mg + 100 ml SF 0,9% EV
3- Ao Ortopedista

Dr. Erivan Júnior
Médico
CRM-RN 9880

HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO: Fratura de clavícula | CID:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: ( ) Laboratório ( ) Radiológico ( ) ECG ( ) Outros:

Médico:(Carimbo/Assinatura)

Saída: Data/Hora: / / às 12:45 h. ( ) Alta Referido para USB ( ) Óbito

( ) Outra Unidade de Urgência ( ) Especialidade ( ) Internação no Hospital

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TÁRCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **50756 /2019**

Admissão: 30/05/2019 13:59:33

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente:41516 - ANDREIA CARLA DE ARAUJO (36 a 4 m)
Nascimento: 30/01/1983 Natural: JANDUIS.BRASIL Sexo: F Cor: PARDA
CNS: 707806692328416 CPF: 06906933469 Prof:
Mãe: MARIA DA ASSUNCAO DE BRITO Pai: MANOEL FABRICIO DE ARAUJO
Logradouro: PELAGIO GUERRA, 228
CEP: 59780000 Bairro: ALTO DA LIBERDADE Cidade: CARAUBAS
Telefone:84.988216836 Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO **Tipo:** REGULADO
Origem: AMBULANCIA OUTRO *Empresa:

OBS: Caraubas - Erivan Junior | **Classificação:** 30/05/2019 13:54:21 | **PESO:**

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 36 anos, queda hoje, fratura de clavícula esquerda (com raio X). Estável. Nega demais traumas.
Hora:__:__ 14:30 hs.

Colisão moto x moto há 03 horas, queixa-se de dor no ombro, região mandíbula e dorso (à direita), dorso esquerdo. nega comorbidades, nega alergias.
→ Ao exame edema em ombro esquerdo.
* Relata perda de consciência após o trauma.
Traz radiografia que demonstra fratura em clavícula esquerda.
CD: tratamento conservador.
Solicitado TC de crânio (crânio encefálico).

Diagn. Inicial: ① Fratura clavícula E; ② TCE?

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
① Receita			
② Alta, ao traumatologia ortopedia			
③ Solicito assistência de neurocirurgia, digo Neurocirurgia.			
④ Solicito assistência de cirurgia geral. (dor torácica por trauma).			
6) Hidral — 10mg + 18ml Soro, 50,00			
6) Dipirona — 2ml + 8ml Soro, EV urgente			
7) observação			

*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: *(Preencher CID, PROC)*
CID_____ Proc._____ Data:__/__/19. Hr:__:__ Médico: _____
*Gerado via SX por SONIA MARIA DA SILVA. Impresso em 30 de Maio de 2019. *(Assinar e Carimbar)*

Dr. Carlos C. Queiroz Medeiros CRM-RN 1655

Dr. Rômulo Gustavo de Oliveira Cruz e Vasconcelos

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAÚBAS
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

PREFEITURA DE CARAÚBAS

AUTORIZAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE HOSPITALIZAÇÃO

Nome do Usuário: Andreia Carla de Araujo.

CPF: 069.069.334-69 CNS: 707806692328416.

Endereço: R: Pelágio Guerra - 228.
Alto Liberdade Caraúbas.

Procedimento Solicitado: Tratamento cirurgico de fratura de clavicula + osteotomia + neurolise.

Médico Solicitante: Dr. Thiago José G. C. Araujo.

Hospital: Hontoclinica Dr. Paulo Gurgel.

Município: Natal.

Willania Soares Pruedes
Secretária de Saúde
Portaria 144/2018-GP

Secretaria Municipal de Saúde

Caraúbas/RN, 03.06.2019.

FULL GRÁFICA | 84 3362.2022

Urgência geral: 15:30 - 30/05/19

Paciente vítima de acidente de trânsito (colisão moto x moto) há 1 horas. Relata que estava com, digo, sem capacete no momento do acidente, tendo batido com a cabeça no chão. Refere ter perdido consciência por aproximadamente 10 min. Nega episódios de vômitos. Trazida ao serviço sem prescrição do SAMU. Refere dor ventilatório dependente em hemitórax E e em região de escápula E. Nega alergias medicamentosas e comorbidades. Nas áreas periaxiais, sem contratura cervical

AVEG em AHT, s/ RA. Dor a palpação em hemitórax E em [illegible]

Sem sinais de instabilidade hemodinâmica

GCS 15. Pupilas isofotomagenas

Sem lesões externas aparentes

- Observação por 06 horas
- Orientar sintomas de piora
- Reavaliação após 06 horas

[illegible] x [illegible]

[illegible]

Ex neuro: AEG, LUCIDO, s/ DEFICITS, [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Dra Tamara Reiche

Leonardo A. Dante
Medicina - Cir. Geral
[illegible]

Swelyn Fagner dos Santos
NEUROCIRURGIÃO
CRM - 5722-N / RQE 859

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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 – ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 – CNES
3 – ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 – CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 – NOME DO PACIENTE: Andrey carlos do [illegible]			6 – Nº DO PROTOCOLO
7 – CARTÃO NACIONAL / SUS	8 – DATA DE NASCIMENTO	9 – SEXO	MASCULINO 1 / FEMININO 2
10 – NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 – TELEFONE DE CONTATO
12 – ENDEREÇO (RUA, Nº)			
13 – MUNICÍPIO	14 – BAIRRO	15 – UF	16 – CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 – PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Rx: alargamento em arco após [illegible]

18 – CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Tratamento cirúrgico de fratura de [illegible]

19 – PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS): exame físico + Rx

20 – DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura de clavícula	21 – CID INICIAL: S 42.0	22 – CID SECUNDÁRIO	23 – LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 – DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: cirurgia de clavícula [illegible]	26 – LEITO / CLÍNICA	27 – CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 – NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: [illegible]
			29 – DT. SOLICITAÇÃO: 01 / 06 / 19
			30 – CNS / CPF
25 – CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			31 – ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 – ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 – CNPJ DA SEGURADORA	34 – Nº DO BILHETE	35 – BÔNUS
36 – ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	37 – CNPJ	38 –	40 –
39 – ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRIÇÃO – CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
41 – CID PRINCIPAL			
42 – CID SECUNDÁRIO		43 – ( )	44 – ( ) GRAVE 45 – ( ) [illegible]

AUTORIZAÇÃO

46 – NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 – NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 – Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 – DT AUTORIZ. / /	51 – DT AUTORIZ. / /	
48 – CNS / CPF	52	
49 – ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 – ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

PRONTOCLÍNICA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurgel

REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH:
Nº ATENDIMENTO: 44995 DATA: 11/06/2019
TIPO DE INTERNAMENTO: CIRÚRGICA HORA:
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: 193 C CONVENIO: SUS
MATRÍCULA: 707806592328416 VALIDADE:
ASS. RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: ANDREIA CARLA DE ARAUJO SEXO: FEMININO
DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1983 RG: 2623388 CPF:
FILIAÇÃO MÃE: MARIA DE ASSUNÇÃO DE BRITO
FILIAÇÃO PAI: MANOEL FABRICIO DE ARAUJO
ENDEREÇO: RUA PELAGIO GUERRA Nº 228
BAIRRO: ALTO DA LIBERDADE CIDADE: CARAUBAS
ESTADO: RN CEP: 59780 000
FONE: 84 98738 8206 FONE: 84 98893 2391

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: (X) MÉDICA ( ) ADMINISTRATIVA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) OBITO
DATA: 12/6/19 HORA: ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

Paciente submetida a tratamento cirúrgico de fratura de clavícula + osteoloma + transposição muscular ao nível do ombro evoluiu bem, sem intercorrências

Dr. Tiago José G.C. Araújo
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RN 6149 / TEOT 14815

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA
CNPJ: 09.417.742/0001-91
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Confere com o Original
Data: 27 / 06 / 2019

BOLETIM DE SALA DE CIRURGIA - PRONTOCLINICA DA CRIANCA PAULO GURGEL

PACIENTE: ANDREIA KARLA DE ARAUJO

PACIENTE Nº

CIRURGIA: FRATURA DE CLAVÍCULA + OSTEOTOMIA + TRANSPOSIÇÃO MUSCULAR AO NÍVEL DO OMBRO

CONVENIO: SUS

COD. PROCEDIMENTO(S):

EQUIPE MÉDICA	
CIRURGIÃO :	THIAGO JOSÉ GURGEL CAMARA ARARUNA - CRM 6619
1º AUXILIAR:	Dr. Arthur Henrique C. da Silveira
2º AUXILIAR:	Anestesiologista
3º AUXILIAR:	CRM-RN 6607 CPF 053.882.554-50
ANESTESISTA:	ARTUR SILVEIRA - CRM 6607
INSTUMENTADOR(A):	

Dr. Thiago José G. C. Araruna
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RN 6619 RQE 14815

EQUIPAMENTOS / TEMPO DE USO	
BISTURI ELETRICO:	
CAPNOGRAFO:	
INTENS. DE IMAGENS:	✓
MONITOR CARDIACO:	✓
OXIM. DE PULSO:	✓
SERRA ELETRICA:	

GASOMETRIA / TEMPO DE USO	
GÁS CARBÔNICO:	
NITROGENIO:	
O² SOB CATETER:	
O² SOB PRESSAO:	
ÓXIDO NITROSO:	

DATA:

HORA:

TERMINO:

SANGUE:

CATGUT CROMADO 1.0		ATRACÚRIO		SEVOFLORANE		ÁGUA OXIGENADA		CAPA DE VIDEO	
CATGUT SIMPLES 5.0		C. PAPAVERINA 50MG/2ML		TRAMAL		ALCOOL 70% 1000ml	1	TUBO S/ BALÃO 3.0	
CERA OSSEA		CLONIDIN		PROPOFOL		ALCOOL IODADO		TUBO C/ BALÃO 3.0	
ETHYBOND 2.0		CLORETO DE SUXAMETÔNIO		**SORO**		DETERGENTE ENZIMATICO			
FIO ALGODÃO C/ AGULHA		DEXAMETASONA 4MG		ABD 1000ML		DETERGENTE ENZIMATICO		ARRUELAS	
MONOCRYL 3.0		DIPIRONA	02	ABD 10ML		FORMOL		ASPIRADOR	
NYLON 2.0 (2GM)	02	DIPROSPAM		FISIOLOGICO 0,9% 1000ML		PVPI DEGERMANTE		CIDEX POR ML	
NYLON 2.0 (4GM)		DRAMIN 50DL		FISIOLOGICO 0,9% 250ML	01	PVPI TÓPICO		CIMENTO ORTOPEDICO	
PDS II 1.0		EFEDRINA		FISIOLOGICO 0,9%500ML		VASELINA		DRILL ELETRICO	
PROLENE 2.0		EPINEFRINA		GLICOSADO 5% 250ML				FIO DE KIRSCHNNER	
VICRYL 0	02	FENERGAN 50MG 2ML		GLICOSADO 5%500ML		ALGODÃO GRIBOLA		FIO DE LUQUE	
		FUROSEMIDA		GLICOSE 50% AMPOLA		CATETER TIPO ÓCULOS	01	FIXADOR EXTERNO	
ISOFLURANO		GLUCONATO DE CÁLCIO 10%		RINGER LACTATO 500ML		COLETOR DE URINA FECHADO		GANCHO	
LIDOCAINA 10% SPRAY		HIDROCORTIZONA 500MG		RINGER SIMPLES 500ML		COMPRESSA CIRURGICA	03	GELFOAM	
LIDOCAÍNA 2% C/ VASO	01	IPSILON 1G				ELETRODOS		GRAMPO	
LIDOCAINA 2% GEL		IPSILON 4MG		EPITESAN		EQUIPO MACRO C/ INJETOR	01	HASTER	
LIDOCAÍNA S/ VASO		METOCLOPRAMIDA		NEOMIOINA		EQUIPO P/ ARTROSCOPIA 4 VIAS		LAMINA DE SHAVER	
NEOCAÍNA C/ VASO		NIBIUM		SULFADIAZINA DE PRATA		EQUIPO P/ SANGUE		LIGAMENTO SINTETICO	
NEOCAÍNA S/ VASO		ONDASETRONA		TROFORDEMIN		ESCOVA DESCARTÁVEL	06	PARAF. INTERF. TITANEO	
NOVABUPI C/ VASO	01	PROSTIGMINE		**PÉRFURO CORTANTE**		ESCOVA SECA		PARAFUSO ANCORA	
NOVABUPI S/ VASO		RANITIDINA	01	AGULHA DE STIMULPLEX	01	ESPARADRAPO 15cm	1	PARAFUSO CANULADO	
SEVO FLORANO		SELOKEN 5 MG / 5ML		AGULHA		GASES 10X10 PCT 28	04	PARAFUSO CORTICAL	05
XILOCAINA C/ VASO		TILATIL 40MG	01	AGULHA P/ RAQUIN		GORRO DESCARTAVEL	06	PARAFUSO ESPONJOSO	
XILOCAINA S/ VASO		TRIDIL		AGULHAS		LUVAS DE PROCEDIMENTO	03	PARAFUSO TRANSVERSO	
				JELCO Nº 20	02	LUVAS ESTÉREIS	07	PINO	
ADRENALINA		DIMORF		LAMINA DE BISTURI		MASCARA		PINO DESLIZANTE	
AMINOFILINA		DOLANTINA		SCALPS		MÁSCARAS DESCARTAVEL	06	PLACA	01
AMIODARONA		FENTANIL	01			MICROPORE		PLAST ANEL 1.4	
ATROPINA		FLUMAZENIL		ATADURA CREPOM		MICROPORE LARGO		PROTESE	
BUSCOPAM SIMPLES		ISOFLORANE		ATADURA DE ALGODÃO		POLIFIXO 2 VIAS		SURGICEL	
CAPAZOLINA 1G	02	KETAMINA		ATADURA GESSO		PRÓ-PÉ Pons	06	**SONDAS**	
CAPTOPRIL 25MG		MIDAZOLAM	01	MALHA TUBULAR		SERINGA DE INSULINA	01		
CEFALOTINA 1G		NARCAN		**SOLUÇÃO**		SERINGA DESC. 10ML	02	NASO LONGA 04	
CEFETRIAXONA 1G		NILPERIDOL		CLOREXIDINA ALCOOLICA 2% 100ml	1	SERINGA DESC. 20ML	02	SONDA DE FOLEY	
CLORETO DE POTÁSSIO 19%		NUBAIM		CLOREXIDINA AQUOSA 2%		SERINGA DESC. 3ML	02	GRELHA 4	
CLORETO DE [illegible]				CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% 100ml	1	SERINGA DESC. 5ML	02	[illegible]	

DESCRIÇÃO DO ATO CIRURGICO

PACIENTE EM POSIÇÃO DE CADEIRA DE PRAIA + SOB BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL E SEDAÇÃO + ANTISSEPSIA E ASSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS + INCISÃO SOBRE CLAVÍCULA ESQUERDA + DIVULSÃO POR PLANOS
OSTEOTOMIA PARA EXPOR, REDUZIR E FIXAR FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA COM PLACA E PARAFUSOS
TRANSPOSIÇÃO MUSCULAR AO NÍVEL DO OMBRO
SUTURA POR PLANOS + CURATIVO + TIPÓIA

Dr. Thiago José G. C. Araújo
Ortopedia/Traumatologia
CRM-RN 6610 / TEOT 14815

ASSINATURA OU CARIMBO DO MÉDICO

BOLETIM DE ANESTESIA
ANESTESIA TIPO BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL + SEDAÇAO IV.

20	O_2 CONTÍNUO			
18	SpO2	98	99	99
	ETCO2			
16				
14				
12				
10				
8				
6				
4				
2				

MONITORIZAÇÃO
PA
FC
SPO2 / ECG 2 KO

MEDICAÇÕES
SOROLUX 500 ml
FENTANIL 100mcg - 1 AMP - 80mcg
MIDAZOLAM 5mg - 1 AMP - 4mg
BUPIVACAÍNA - 100mg
DEXAMETAZONA 10mg - 1 AMP - 10mg
DIPIRONA - 2gr
DENOTICAN 40mg - 1FR - 40mg
DOLANTINA 50mg - 1 AMP - 50mg
BROMOPRIDA 10mg - 1 AMP - 10mg

CATETER TIPO ÓCULO - 1UN
SF 0,9% 250ML + 2FR
JELCO 20G - 1UN

NOTAÇÕES
TECNICA ANESTESICA
ANTISSEPSIA C/ CLOREXIDINA ALCC
BLOQUEIO INTERESCALENICO
COM NEUROESTIMULADOR
BUPIVACAINA - 100MG
LIDOCAÍNA C/ VASO - 400MG

	MIN. C/ ACRÉSCIMO	MIN S/ ACRÉSCIMO	TOTAIS

INICIO DA ANESTESIA: 15:00
INICIO DA CIRURGIA: 15:10
TÉRMINO DA CIRURGIA: 15:55
TÉRMINO DA ANESTESIA: 16:00
OBSERVAÇÕES:

Dr. Artur Henrique C. da Silveira
Anestesiologista
CRM-RN 6607 CPF 053.882.554-30
11/06/19

PRONTOCLINICA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurgel

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Andreia Carla de Araujo Nº REGISTRO 441995

Data Nascimento 30/01/83 Idade 36 sexo F LEITO: 103C Data de Admissão 13/06/19
MÉDICO: Dr Thiago

ADMISSAÕ DO CENTRO CIRURGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? ( )Não (X)Sim inici 0600 PESO: 63 Kg Altura: 1,53cm

RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (X)SIM ( )NÃO

ALERGIAS: (X)NÃO ( )SIM: Nega

DOENÇAS PREGRESSAS: ( )DM ( )HAS ( ) TABAGISMO ( ) HIV ( ) Hep B ( )Hep C ( )Arritmias ( ) DPOC ( )AVC ( )
Marca passo ( )Outros:_____ Medicações de uso frequente:_____

Consentimento Cirúrgico Preenchido ( )Não (X) Sim

Exames: (X)Labor (X)Raios-X ( ) USG ( )TC ( )RNM ( )Risco cirúrgico Outros:_____

Encaminhado: ( )Deambulando ( ) Cadeira de Rodas (X)Maca ( ) consciente ( )Inconsciente ( )Orientado ( )
Desorientado

Anotações de Enfermagem :_____

Conferido informação acima por: [illegible] Admitido na sala:_____ Hora_____
Fabyola Batista do Nascimento
COREN/RN 1241806-TE

ETAPA I: PRÉ -INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta: Histerectomia, clavicula E

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: (X)Limpa ( ) Contaminada ( ) Potencialmente Contaminada ( ) Infectada

1. Equipe completa presente (X) Sim ( )Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada (X)
3. Termo de consentimento (X) Cirúrgico ( ) hemoterapico ( )não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente (X) sim ( )não ( ) não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado (X)
6. Aparelho de Anestesia (X)
7. Equipamento de Vídeo ( )
8. Monitor Multi-Parâmetro (X)
9. Saída de: Oxigênio (X) Ar Comprimido ( ) Vácuo ( )
10. Aspirador cirúrgico disponível e testado (X)
11. *Mesa cirúrgica testada* (X)

12.Hemoderivados solicitados e reservados ( ) sim (✓)Não ( ) Não aplicável
13.Paciente tem alergia conhecida ( )sim(✓) não
14.Aparelho de anestesia testado(✓)sim ( )não
15.Esterilizações dos instrumentais com indicadores (✓)sim ( )não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16.Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta (✓)
17. Confirma preparo da pele com clorexidine degermante e tópica (✓) Sim ( )não
18.Confirmar antibiótico profilático administrado (✓)sim ( ) não aplicável
19.Paciente em posição adequada (✓)sim ( )não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia (✓)
20.Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponíveis (✓)
21.Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente (✓)

INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal (✓) Lateral direita ( ) Lateral esquerda ( ) Posição Ginecológica ( )
( ) Decúbito Próclise ( ) Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: (✓)sim ( )não PNI/Manguito em: MSE Placa neutra: Local: MID

Passado faixa de Smarch: Não ( ) sim, em: — Inicio — Termino —

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: (✓) Clorex Degermante ( ) Clorex aquoso
(✓)Clorex Alcóolica ( ) PVPI degermante
( ) PVPI tintura (✓) Alcool 70%

Infusões: SF0,9%_____ml R.Lactato:_____ml R.Simples _____ml SG5%_____ml

Drenos: ( ) Penrose nº_____ ( )Porto-vac nº____ ( )Tórax nº_____

Sinais vitais: PA 17/74 mmhg FC 94 bpm Sat 100% T:___°C Hora:_____

Anestesia: Inicio 15:00 Termino 16:00 ( ) Geral Inalatório ( ) Geral Venosa (✓) Sedação ( ) Local
( ) Peridural ( ) Raqui (✓)Bloqueio:_____

( ) Não ( ) sim – Cânula nº_____ IOT aramado: ( ) não ( ) sim nº_____

AVP: ( ) não (✓) sim MSD, Jelco nº 20 por TE Ronal

Cateter O2: ( )não ( ) sim ***SNG***: ( )NÃO ( )SIM Nº____ SVD ( )NÃO ( ) SIM Nº____

Ferida operatória : Curativo limpo e seco

Cultura:_____Anát.Patológico: (✓)Não ( )Sim _____Unid_____

Material Explantado:_____

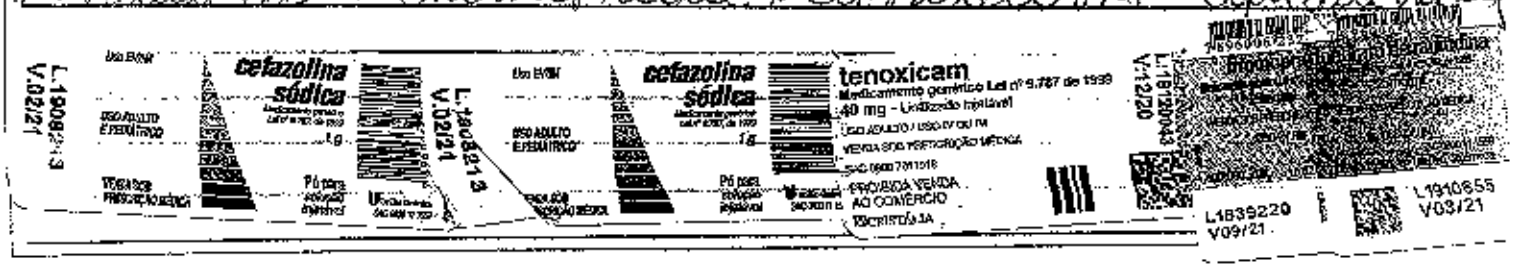
Conferido por Lilia 98192 Intercorrência S/

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada ( )sim ( )não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, _____

Medicações administradas (anotar horários) 2 dipirona + 1 dexametasona + Ranitidina + Bromopridia + Tenoxicam + cefazolina 2g



OPME: ( ) NÃO (X) SIM, qual

1 Bloco 7 furos DEP
02 PF 14
03 PF 16 } corticais
01 PF 22 }

Anotações de Enfermagem e Intercorrências S/

Início da cirurgia: 15:10 Termino da cirurgia: 15:50

CIRURGIÃO Thiago ASSISTENTE: ANESTESIOLOGISTA Arthur
INSTRUMENTADORA Dijanet CIRCULANTE: Célio ENFERMEIRA: Elora
Rosalvo

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

(X) Acordado ( ) Sonolento ( ) agitado Ar ambiente ( ) MV 50%

( ) Cateter de O2 ( ) TQT (X) AVP ( ) AVC

( )Hipotensão ( ) Hipertensão ( )Bradicardia ( ) Taquicardia ( ) Tremor ( ) Dor ( ) Baixa Saturação

( ) Hemorragias ( ) Desorientação ( )Agitação ( )Dispneia ( )Broncoespasmo ( )Outros. _____

Medicações Administradas na URPA (anotar horários)_____

Encaminhado para o andar

AVP(X) AVC ( ) SNG ( ) SVD FECHADA ( ) DRENOS ( ) CURATIVOS LIMPO ( )

GESSO EM: MSD(X) MSE ( ) MID( ) MIE( )

EXAMES: (X) Labor (X) Raio x ( ) USG ( ) TC( ) RNM( ) RISCO CIRURGICO ( ) OUTROS _____

ENCAMINHADO: (X) Enfermaria ( ) UTI ( ) Alta Hospitalar ( ) Outros_____

Anotações de Enfermagem :

ENCAMINHADO POR: Thayna Batista do Nascimento COREN-PE 1.141.806-TE HORA: 16:40

Prontoclinica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: Thiago

CLIENTE: Andrea Costa do Araújo SETOR: Clínico LEITO: 103C

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Obs. (E) IDADE: 36 a

PROCEDÊNCIA: (X) DOMICILIAR ( ) HOSPITALAR: QUAL: _____

ALERGIAS: Nega DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: Nega

EVOLUÇÃO 10/06/19 **HORÁRIO:** _____

ASPECTO GERAL
(X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO ( ) ALGO ORIENTADO _____
( ) VIVO ( ) REATIVO ( ) HIPOATIVO
( ) HIPERTÔNICO ( ) HIPOTÔNICO
( ) COMATOSO ( ) SEDADO ( ) ANASARCA ( ) EDEMA

ACESSO VENOSO *(Local e data de inserção)*
AVP: _____
AVC: _____
Jugular: PAC
Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA **MEDICAMENTOS/ATB**
_____
_____
ATB: _____

PELE
(X) HIDRATADA ( ) RESSECADA ( ) ICTÉRICA
(X) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA ( ) CIANOSE
EXTREMIDADE FRIAS (X) NORMOTÉRMICA
( ) HIPOTERMIA: _____
( ) HIPERTERMIA: _____
( ) DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR
(X) EUPNEICO ( ) DISPNEICO ( ) TAQUIPNÉICO
( ) BRADIPNEICO ( ) TIRAGEM: _____
( ) RUÍDOS ADVENTÍCIOS, TIPO: _____
( ) TAQUICÁRDICO ( ) NORMOCÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO

VENTILAÇÃO
(X) O2 AMB ( ) MV _____% ( ) HOOD: _____
( ) ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES
DIURESE
(X) ESPONTÂNEA ( ) SVA A CADA: _____
( ) HEMATÚRIA ( ) OLIGÚRIA ( ) ANÚRIA
( ) POLIÚRIA ( ) SVD _____/_____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO
(X) ESPONTÂNEA
( ) ESTÍMULO: _____
( ) AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO
ABDOME
(X) FLÁCIDO ( ) GLOBOSO ( ) SEMI GLOBOSO
( ) DISTENDIDO ( ) DOR A PALPAÇÃO
( ) TIMPÂNICO ( ) MACIÇO ( ) RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO
(X) DEAMBULANDO ( ) CADEIRA DE RODAS
( ) SOBRE MACA ( ) MULETA

DIETA
( ) AO SEIO ( ) ORAL/COPINHO ( ) GTM
( ) SOG/SNG ___/___/___
( ) RESÍDUO GÁSTRICO: _____
(X) ZERO ( ) VOMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: Alta pela geriatria há 13 dias.
Recebido pil de Ex + el. lab. colhido em

COREN-RN 559066
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 11/06/19 **HORÁRIO:** 23h

ASPECTO GERAL
(X) CONSCIENTE ( ) ORIENTADO ( ) ALGO ORIENTADO _____
( ) VIVO (X) REATIVO ( ) HIPOATIVO
( ) HIPERTÔNICO ( ) HIPOTÔNICO
( ) COMATOSO ( ) SEDADO ( ) ANASARCA ( ) EDEMA

ACESSO VENOSO *(Local e data de inserção)*
AVP: _____
AVC: _____
Jugular: _____
Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA **MEDICAMENTOS/ATB**
_____
_____
ATB: _____

VENTILAÇÃO
(X) O2 AMB ( ) MV _____% ( ) HOOD: _____
( ) ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES
DIURESE
(X) ESPONTÂNEA ( ) SVA A CADA: _____
( ) HEMATÚRIA ( ) OLIGÚRIA ( ) ANÚRIA
( ) POLIÚRIA ( ) SVD _____/_____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO
(X) ESPONTÂNEA

PELE
(X)HIDRATADA ( ) RESSECADA ( )ICTÉRICA
(X)NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA ( )CIANOSE
( ) EXTREMIDADE FRIAS (X) NORMOTÉRMICA
( ) HIPOTERMIA: _____
( ) HIPERTERMIA: _____
( )DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR
(X)EUPNEICO ( ) DISPNEIDO ( ) TAQUIPNÉICO
( )BRADIPNEICO ( )TIRAGEM: _____
( ) RUÍDOS ADVENTÍCIOS TIPO: _____
( ) TAQUICÁRDICO (X) NORMOCÁRDICO ( ) BRADICARDICO

( )ESTÍMULO: _____
( ) AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERISTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO
ABDOME
(X)FLACIDO ( )GLOBOSO ( ) SEMI GLOBOSO
( ) DISTENDIDO ( ) DOR A PALPAÇÃO
( ) TIMPÂNICO ( ) MACIÇO ( ) RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO
(X)DEAMBULANDO ( ) CADEIRA DE RODAS
( ) SOBRE MACA ( ) MULETA

DIETA
( ) AO SEIO (X)ORAL/COPINHO( )GTM
( ) SOG/SNG____/____/____
( ) RESIDUO GÁSTRICO: _____
( ) ZERO ( ) VOMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: * RAM - X RIS OE
de dos curativos.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 12 / 06 / 19 HORÁRIO: 21:00

ASPECTO GERAL
(X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO ( ) ALGO ORIENTADO _____
(X)ATIVO (X)REATIVO ( )HIPOATIVO
( )HIPERTÔNICO ( ) HIPOTÔNICO
( )COMATOSO ( )SEDADO ( )ANASARCA ( ) EDEMA

ACESSO VENOSO *(Local e data de inserção)*
(X) AVP: _____
( )AVC: _____
( ) Jelco: _____
( ) Scalp.: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB
( ) HV _____
( ) BI _____
(X) ATB _____

PELE
(X)HIDRATADA ( ) RESSECADA ( )ICTÉRICA
(X)NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA ( )CIANOSE
( ) EXTREMIDADE FRIAS (X) NORMOTÉRMICA
( ) HIPOTERMIA: _____
( ) HIPERTERMIA: _____
( )DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR
(X)EUPNEICO ( ) DISPNEIDO ( ) TAQUIPNÉICO
( )BRADIPNEICO ( )TIRAGEM: _____
( ) RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
( ) TAQUICÁRDICO (X) NORMOCÁRDICO ( ) BRADICARDICO

VENTILAÇÃO
(X)O2 AMB ( )MV_____% ( )HOOD: _____
( ) ENTUBADO TOT Nº_____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES
DIURESE
(X) ESPONTÂNEA ( )SVA A CADA: _____
( ) HEMATÚRIA ( ) OLIGÚRIA ( ) ANÚRIA
( ) POLIÚRIA ( ) SVD _____/_____
ASPECTO/CARACTERISTICA: _____

EVACUAÇÃO
(X) ESPONTÂNEA
( )ESTÍMULO: _____
( ) AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERISTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO
ABDOME
(X)FLACIDO ( )GLOBOSO ( ) SEMI GLOBOSO
( ) DISTENDIDO ( ) DOR A PALPAÇÃO
( ) TIMPÂNICO ( ) MACIÇO ( ) RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO
(X) DEAMBULANDO ( ) CADEIRA DE RODAS
( ) SOBRE MACA ( ) MULETA

DIETA
( ) AO SEIO (X)ORAL/COPINHO( )GTM
( ) SOG/SNG____/____/____
( ) RESIDUO GÁSTRICO: _____
( ) ZERO ( ) VOMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: * S/O

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: Andreia Maria Araújo
APTO.: _____ Nº REGIST. _____
CONVEN. _____

USO DE:		DATA / H		USO DE:	DATA
BOMBA DE INF.	DIL			ECG	
NEBULIZADOR	Nº			OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR	DIL			BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO				FOTOTERAPIA	
				INCUBADORA	

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
11/06/19	11h	Admitida neste setor Bloco Cirúrgico de pós sedação para procedimento cirúrgico ginecológico E, conforme consultado, A cirurgia está em curso. Foi realizado exames lab. solicitado.	Magnólia Cunha da Costa COREN/RN - 466.062-TE
		Nega lesão.	Magnólia Cunha da Costa COREN/RN - 466.062-TE
11/06/19	14:00	Pct. desc. ao c.c. levando seu questionário.	Weldenia Oliveira Ferreira COREN/RN - 1.286.597-TE
	18h	Retorna ao c.c.	Magnólia Cunha da Costa COREN/RN - 466.062-TE
11/06/19	20h	Adm. med. Meloxicam 40mg IFR + 20ml Abd EV.	Ana Paula R. Souza C. Silva COREN/RN - 1.286.597-TE
11/06/19	22h	Adm. med. Cefazolina 1FR + 50ml SF 0,9% EV + dipirona 1amp + 18 ml Abd EV	Ana Paula R. Souza C. Silva COREN/RN - 1.286.597-TE
12/06/19	04h	Adm med Cefazolina 1FR + 50ml SF 0,9% EV + dipirona 1amp + 18ml Abd EV	Ana Paula R. Souza C. Silva COREN/RN - 1.286.597-TE
12/06/19	10h	Adm. Cefazolina 1FA + 50ml SF. Adm. dipirona amp + osd.	Ana Paula R. Souza C. Silva COREN/RN - 1.286.597-TE
12.06.19	11:20	Realizado troca de curativo, sem secreção em cicatriz "E" conforme prescrição médica	Valmeria Campos de Morais COREN - RN 998284-TE
12.06.19	13:10	Paciente sai de alta hospitalar acompanhada de familiares + levando todos seus pertences.	Jailson Nunes da Silva COREN/RN - 1.283.052-TE
			Valmeria Campos de Morais COREN - RN 998284-TE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: ANDREIA KARLA DE ARAUJO **APTO/ENF.**
REGISTRO **CONVÊNIO: SUS** **DATA:** 11/06/2019

PRESCRIÇÃO	HORARIOS					
Dieta branda quando bem acordado			SNO			
RL 500ml, IV, 12/12h			500			
Cefazolina - 1FR + 50ml SF 0,9%, IV, 6/6h				16		
Dipirona - 1 amp + 18ml ABD, iv, 6/6h				16		
Tenoxican 40mg - 1FR + 20ml ABD, IV, 1X/DIA						
Tramal 100mg - 1 amp + 100ml SF 0,9%, IV, 8/8h.	SN					
Plasil - 1amp + 100ml SF 0,9%, IV, 8/8h. SE NÁUSEAS	SN					
Manter cabeceira elevada						
SSVV e CCGG						

Dr. Thiago José G. C. Araruna
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RN 6619 / TEOT 14815

Walda A. O. Gomes
COREN-RN 55[illegible]

12/06/19

Dr. Thiago José G. C. Araruna
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RN 6619 / TEOT 14815

DÉBITOS	
SERINGA 01	
SERINGA 03 cc	
SERINGA 05 cc	
SERINGA 10 cc	
SERINGA 20 cc	
EQUIPO MICROGOTAS	
EQUIPO P/ BI	
EQUIPO P/ SANGUE	
JELCO Nº	
SCALP Nº	
POLIFIX	
LUVA PROCEDIMENTO 4cm	01
LUVA ESTER. Nº	
GASES PCT	02
ESPARADRAPO	40cm
MICROPORE	
PVPI	
ETER	
ALCOOL 70%ml	
ALGUDÃO BOLA	
AGULHA DESC.	
CREPOM Nº	
ALGODÃO ORTOP.	
CERACOL ml	
POMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LAMINA BISTURI	
ELETRODO	
MASC. DESCAT	03
SORO FISIO. 0,9%	
FITA HGT	

	RC FARMÁCIA	RECIBO

Centro Clínico
Conceição Gurgel Araújo

P/ Andrea Costa de Araújo

- Cirurgia 3ª feira ambulatorial
horário de 13h

- Jejum a partir de 6h
- chegar na clínica até 9h

X e RX.

- RG, CPF, cartão SUS e
comprovante de endereço

Caraúbas, 01/06/24

RUA: BEVENUTO SIMÕES, 17 - BAIRRO: CENTRO - CARAÚBAS/RN
ATENDIMENTO: (84) 9.9674-0800 clinicaconceicaogararaujo

PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

EVOLUÇÃO MEDICA

PACIENTE: [illegible] REGISTRO Nº
APTO.: CONVENIO
MÉDICO:

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MEDICA
11/06/19 13:10h	Admissão Paciente admitido com fratura de diáfise de F. III tratamento cirúrgico CH: [illegible] Dr. Thiago José G. C. Araújo Ortopedia / Traumatologia CRM-RN 6619 / TEOT 14915
11/06/19 16:00h	Notas operatórias Paciente [illegible] tratamento cirúrgico de fratura de diáfise de F. III com osteossíntese com placa e parafusos + FAT com [illegible] + transoperatório [illegible] do anestesista Dr. Thiago José G. C. Araújo Ortopedia / Traumatologia CRM-RN 6619 / TEOT 14915
12/06/19 10:00h	SOD: [illegible] + Ex. [illegible] Paciente bem, sem dor, [illegible] com [illegible], corado, [illegible] [illegible] [illegible] Prescrição [illegible] CH: [illegible] Dr. Thiago José G. C. Araújo Ortopedia / Traumatologia CRM-RN 6619 / TEOT 14915

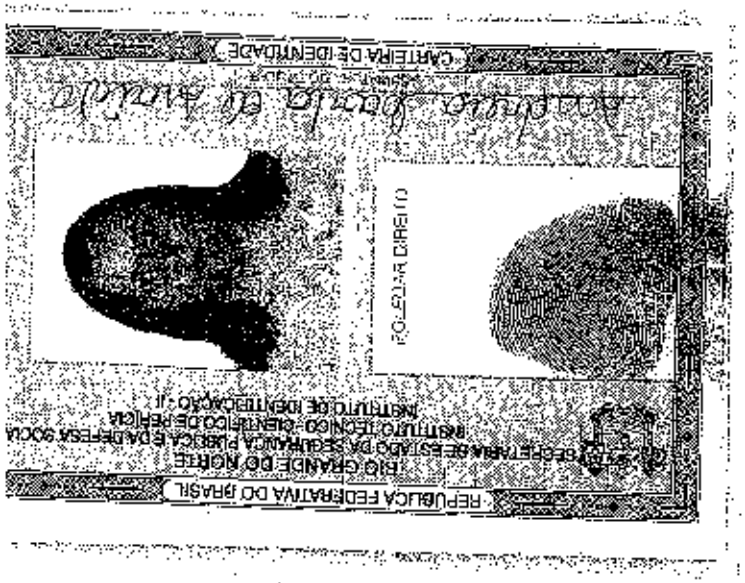
PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

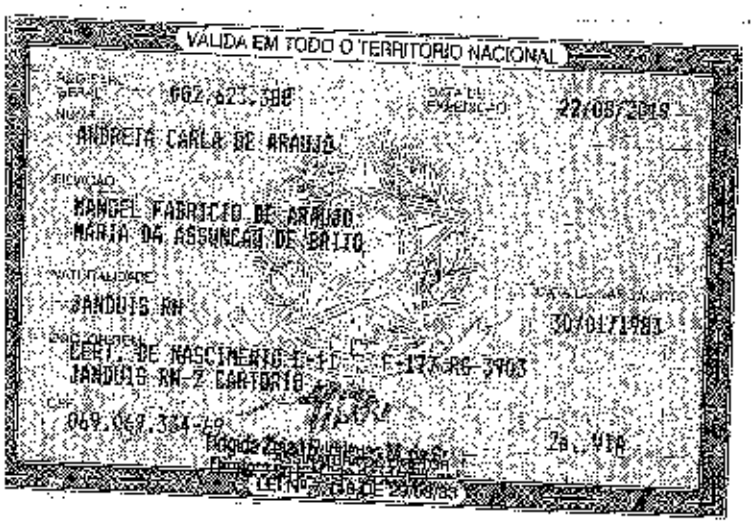
APTº 103C

NOME.: Andreia Costa Araujo REG.: MÉDICO.: CONVÊNIO.:

DIA	HORAS	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VÔMITO	DIURESE	EVACUAÇÃO	ASSINATURA
11/06/19	12h 04	100x80	—	36,2	—	—	—	—	—	[illegible]
	18h	100x80		36,4						
12/06/19	06h	110x80	—	36,0	—	—	—	—	—	[illegible]
12/06/19	12h	100x80	—	36,1	—	—	—	—	—	[illegible]



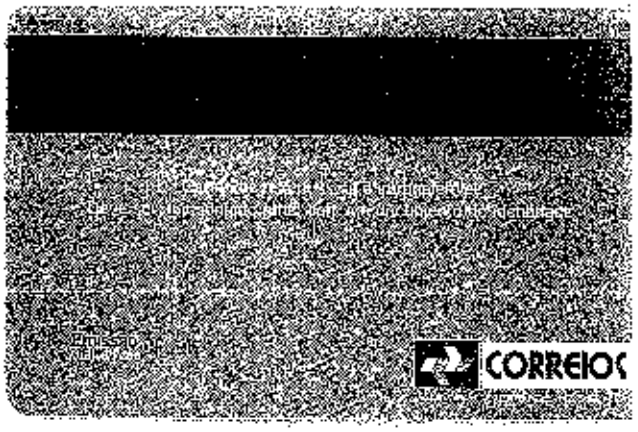
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PERÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA DE IDENTIDADE
FOLEDIA CARLO
Andreia Carla de Araújo

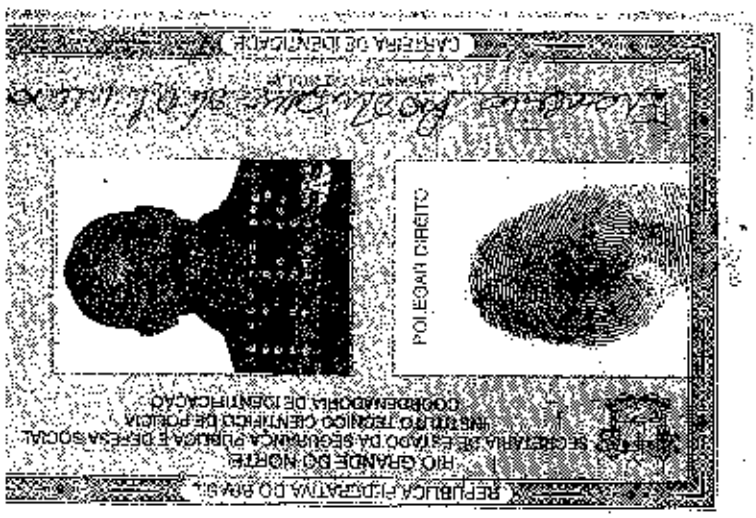


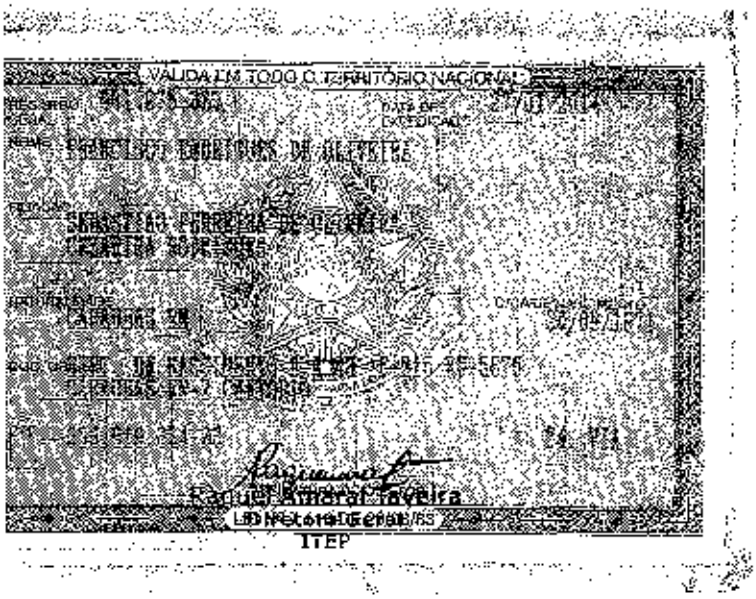
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
662.623.388
22/05/2019
ANDREIA CARLA DE ARAUJO
MANOEL FABRICIO DE ARAUJO
MARIA DA ASSUNÇÃO DE BRITO
JANDUIS RN
30/01/1981
CERT. DE NASCIMENTO L-11 F-173 RG-3903
JANDUIS RN-Z CARTORIO
049.069.334-49
2a. VIA
LEI NO 13.444 DE 11/05/2017

VÍTIMA

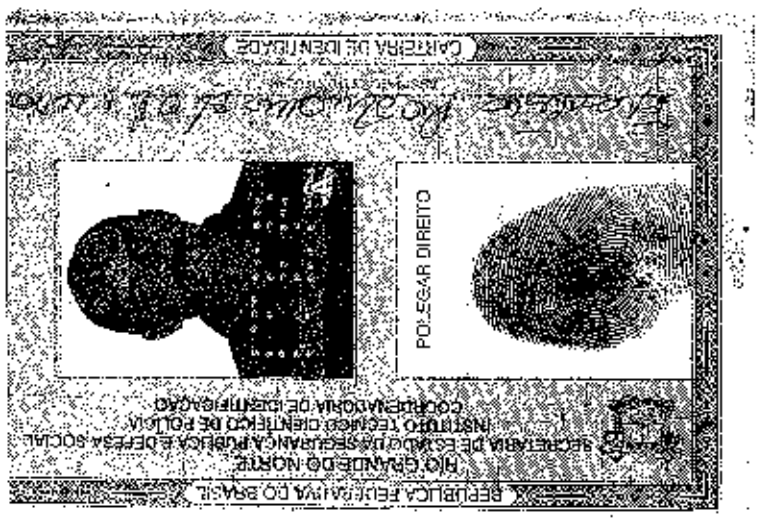

MINISTÉRIO DA FAZENDA
CPF
069.069.374-70
ANDREIA CARLA DE ARAÚJO


CORREIOS


CARTEIRA DE IDENTIDADE
POLEGAR DIREITO
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Raquel Amaral Teixeira
ITEP

PROCURADOR


CARTEIRA DE IDENTIDADE
POLEGAR DIREITO
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO, SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Raquel Amaral Teixeira
ITEP

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11001 // 00130 Nº 014527839256
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	01095720306	**********	2019

NOME: JOAO MARGANDRO ARAUJO NETO

CPF / CNPJ	PLACA
076.675.664-05	QGF0636

PLACA ANT / UF	CHASSI
QGF0636/RN	9C2JB0100HR204106

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/POP 110I	2016	2017

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
0CV/109 CILINDRADAS	PARTICULAR	PRETA

IPVA	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
	R$ 0.00	02/05/2019	1ª PAGO
	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª PAGO
	002391 -2%	R$ ******	3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO	***	DPVAT: PAGO	

OBSERVAÇÕES
MOTOR: JB01E0H204159

LOCAL	DATA
CARAUBAS/RN	02/05/2019

Carlos Silvestre da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014527839256 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	02/05/2019

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	076.675.664-05	QGF0636

RENAVAM	MARCA / MODELO
01095720306	HONDA/POP 110I

ANO FAB.	CAT. PRF.	Nº CHASSI
2016	9	9C2JB0100HR204106

PRÊMIO TARIFÁRIO

TNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A PAGAR (R$)

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Andreia barbosa de Araújo

NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: solteira

PROFISSÃO: Agricultora

IDENTIDADE: 2.623.388 CPF: 069.069.334-69

ENDEREÇO: Rua Pelagio guerra 228 baraúbas RN

OUTORGADO

NOME: Francisco Rodrigues de oliveira

NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: solteiro

PROFISSÃO: Agricultor

IDENTIDADE: 001.275.329 CPF: 056.879.334-23

ENDEREÇO: Rua Pelagio guerra 228 baraúbas RN

NOME DA VÍTIMA: Andreia barbosa de Araújo

DATA DO ACIDENTE: 30/05/2019 COBERTURA: Invalidez

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.

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

Mossoró RN 25/09/2019
LOCAL E DATA

CARAÚBAS OFÍCIO ÚNICO

Andreia barbosa de Araújo
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARAÚBAS OFÍCIO ÚNICO DE NOTAS
FRAÇÃO DEL REY, 60 - Tel (84) 33939-1067
NOVO ... MARQUES - RGC - Tabel
Reconhecido por AUTENTICIDADE a firma de ANDREA CARLOS DE ARAUJO
Caraúbas, 24 de Setembro de 2019 (10:10)
Confira a autenticidade em: https://selodigital.tjrn.jus.br/selo
Selo Digital FN20190040780002AGEVK
Moacir Carlos da Silva
Escrevente
AA037758

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344645/19

Número do Sinistro: 3190567456

Vítima: ANDREIA CARLA DE ARAUJO

Data do acidente: 30/05/2019

CPF: 069.069.334-69

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDREIA CARLA DE ARAUJO

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

ANDREIA CARLA DE ARAUJO : 069.069.334-69

Autorização de pagamento

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 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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 10/10/2019	Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: FRANCISCO RODRIGUES DE OLIVEIRA	Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 056.819.334-23	CPF: 021.292.004-94
FRANCISCO RODRIGUES DE OLIVEIRA	GERCIA LOURENCO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344645/19

Vítima: ANDREIA CARLA DE ARAUJO

Data do acidente: 30/05/2019

CPF: 069.069.334-69

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDREIA CARLA DE ARAUJO

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

FRANCISCO RODRIGUES DE OLIVEIRA : 056.819.334-23

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

ANDREIA CARLA DE ARAUJO : 069.069.334-69

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 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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 04/10/2019	Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: FRANCISCO RODRIGUES DE OLIVEIRA	Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 056.819.334-23	CPF: 021.292.004-94
FRANCISCO RODRIGUES DE OLIVEIRA	GERCIA LOURENCO DA SILVA