



Número: **0800026-16.2020.8.20.5115**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Caraúbas**

Última distribuição : **13/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDREIA CARLA DE ARAUJO (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56663 822	10/06/2020 17:43	2725889_CONTESTACAO_Anexo_02	Documento de Comprovação

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



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 - OSTEOSÍNTESE 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

Pag. 01689/01700 - carta_03 - INVALIDEZ

00070850



Carta nº 14848389



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 10/06/2020 17:43:43

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061017434315000000054470364>

Número do documento: 20061017434315000000054470364

Num. 56663822 - Pág. 3



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

Carta nº 14849404





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

Pag. 01963/01964 - carta_03 - INVALIDEZ

00050982



Carta nº 14862199





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

Pag. 01699/01700 - carta_25 - INVALIDEZ





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.

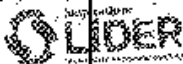
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2. Nº do Seguro ou A.S.: 069069334-69 3. Cópia de vídeo: 4. Nome completo do segurado: Andreia Carla de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPLEN Nº 056/2012

5. Cópia: 069069334-69 6. Nome completo: Andreia Carla de Araújo 7. Profissão: Agricultora 8. Endereço: Rua Pelagio Guerra 9. Cidade: Carabuba 10. Estado: Mato Grosso do Sul 11. CEP: 78000-000 12. Telefone: (67) 99827-0066

13. E-mail: Não possui

14. Dados do Representante Legal (PAI, TUTOR E CONJUGADO) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ POR CAUSAS

15. Nome completo do Representante Legal: 16. Profissão do Representante Legal:

17. CPF do Representante Legal: 18. Endereço do Representante Legal: 19. Profissão do Representante Legal:

20. Renda mensal do titular da conta: ☒ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 a R\$ 1.500,00 ☐ R\$ 1.501,00 a R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 2.001,00 a R\$ 2.500,00 ☐ R\$ 2.501,00 a R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 3.000,00

21. Dados bancários: ☒ BANCO DO BRASIL ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL ☐ BANCO SANTANDER ☐ BANCO ITAÚ ☐ BANCO VISA ☐ BANCO NUBANK ☐ BANCO CREDITO SICO ☐ BANCO CITI ☐ BANCO BRB ☐ BANCO FIA ☐ BANCO BTG ☐ BANCO UBS ☐ BANCO PAB ☐ BANCO SBC ☐ BANCO BOMFIM ☐ BANCO VOTORANTIM ☐ BANCO SANTO ANDRÉ ☐ BANCO REAL ☐ BANCO CREDITO REAL ☐ BANCO CREDITO REAL ☐ BANCO CREDITO REAL

22. Agência: 0338 23. Conta: 166790

24. Agência: 25. Conta:

26. Agência: 27. Conta:

28. Agência: 29. Conta:

30. Agência: 31. Conta:

32. Agência: 33. Conta:

34. Agência: 35. Conta:

36. Agência: 37. Conta:

38. Agência: 39. Conta:

40. Agência: 41. Conta:

42. Agência: 43. Conta:

44. Agência: 45. Conta:

46. Agência: 47. Conta:

48. Agência: 49. Conta:

50. Agência: 51. Conta:

52. Agência: 53. Conta:

54. Agência: 55. Conta:

56. Agência: 57. Conta:

58. Agência: 59. Conta:

60. Agência: 61. Conta:

62. Agência: 63. Conta:

64. Agência: 65. Conta:

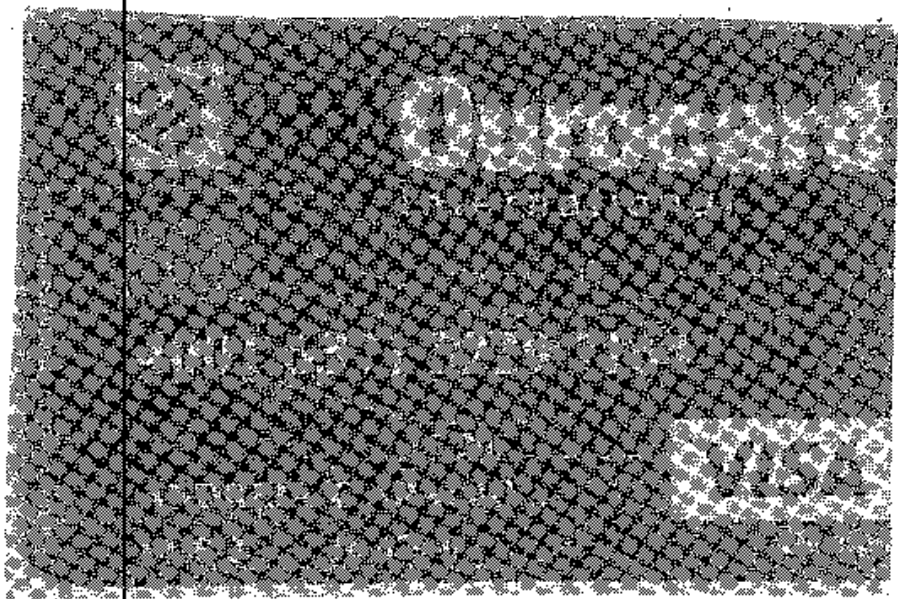
66. Agência: 67. Conta:

68. Agência: 69. Conta:

70. Agência: 71. Conta:

72. Agência: 73. Conta:

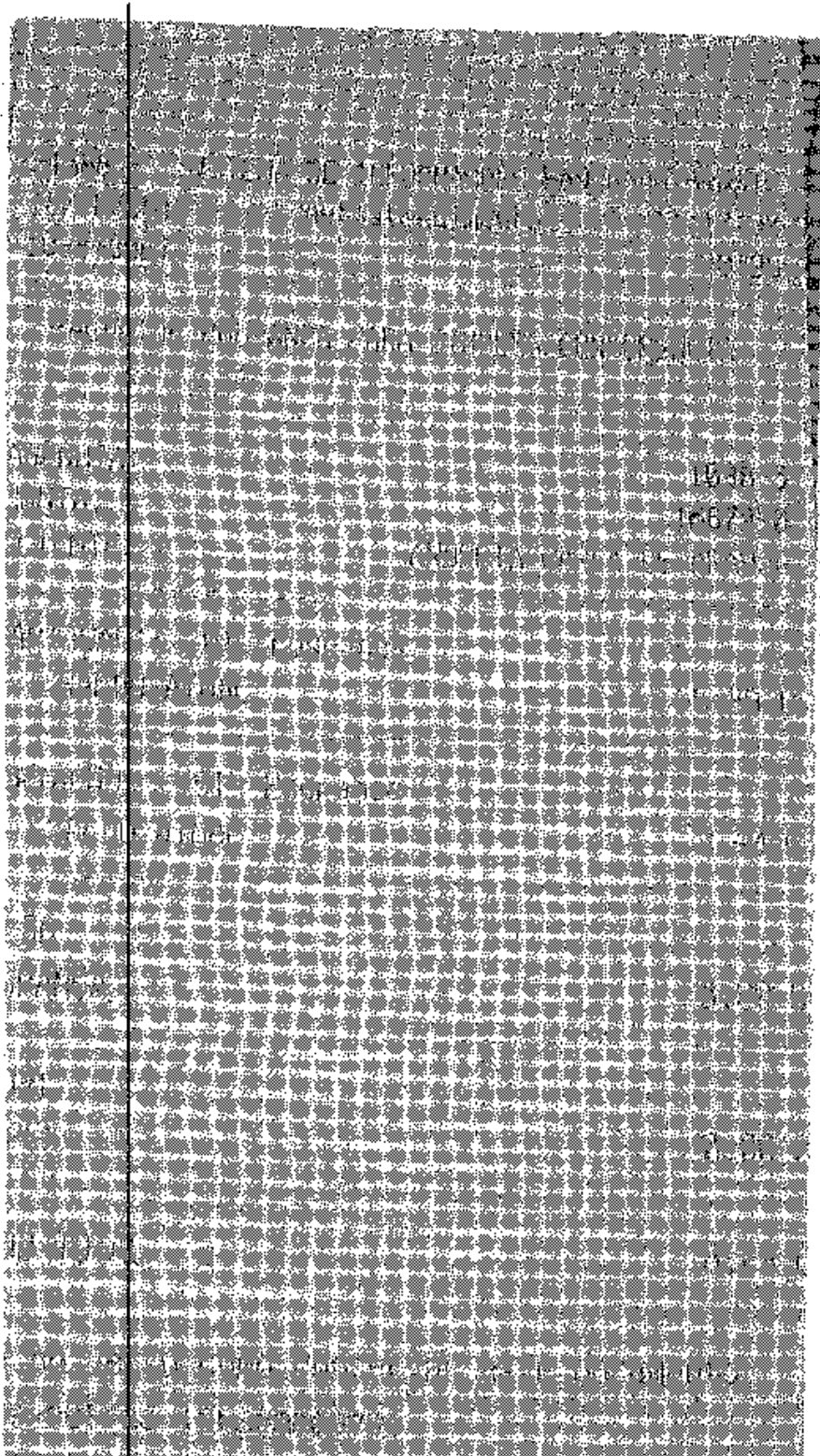
74. Agência: 75. Conta:



AG: 1038 -3

CONTA: 16679-0







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AS: 3 - CPF da vítima: 069069334-69 4 - Nome completo da vítima: Andreia Carla de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: Andreia Carla de Araújo 6 - CPF: 069069334-69
7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Rua Pelágio Guerra 9 - Número: 228 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Alto da Liberdade 12 - Cidade: Caruaru 13 - Estado: PE 14 - CEP: 59780-000
15 - E-mail: Não Possui 16 - Tel.(DDD): (81) 99827-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (301)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER 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 elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 LIDER para verificação da existência e qualificação 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 contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou descendentes? ☐ 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 LIDER 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 na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

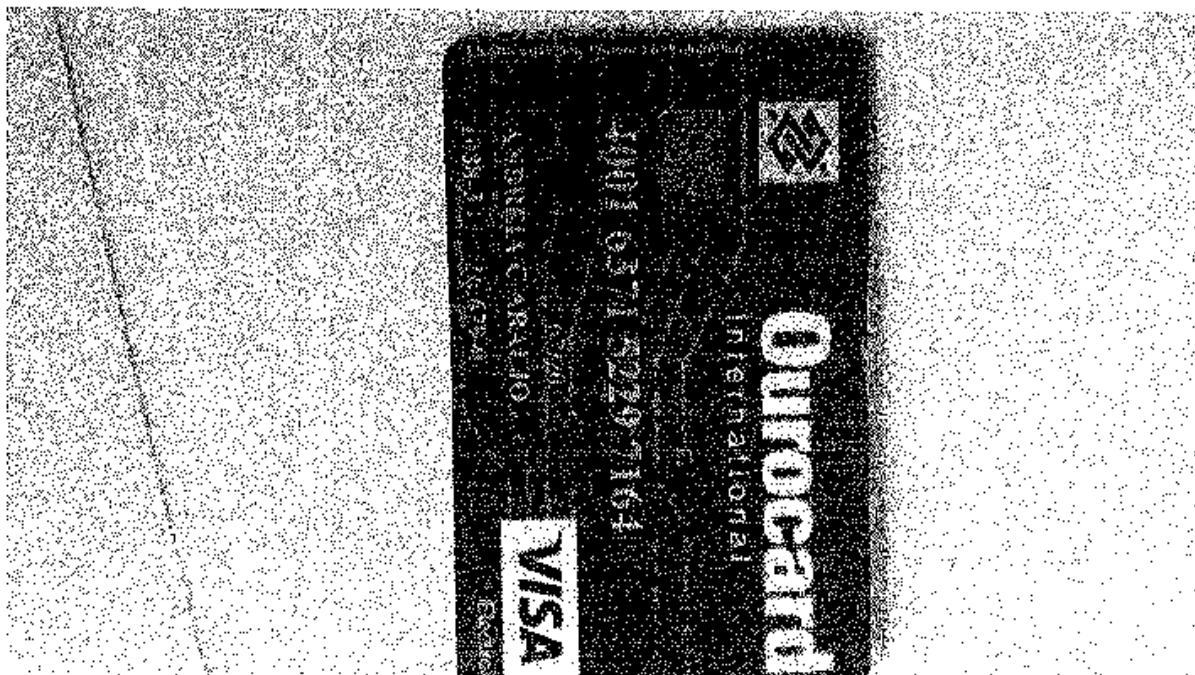
Caruaru - PE 25/09/2019
Andreia Carla de Araújo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do registro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 069.069.334-69 4 - Nome completo da vítima: Andreia Carla de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: Andreia Carla de Araújo 6 - CPF: 069.069.334-69
7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Rua Pelágio Guerra 9 - Número: 228 10 - Complemento: Caixa
11 - Bairro: São da Liberdade 12 - Cidade: Caruaru 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.780-000
15 - E-mail: Não Possui 16 - Tel. (DDD): (81) 998827-0066

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$2.001,00 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 (157) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil
AGÊNCIA: 0383 CONTA: 16.6790
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que 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 contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a 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.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 25/09/2019

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







SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO
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
	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:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Nascido em: XXXXXXXX
	Filho (a) de:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
	Estado civil:	XXXXXXXXXX	Telefone: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	Endereço:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
NOTICADO	Nome	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
	Naturalidade:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Nascido em: XXXXXXXX
	Filho (a) de:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
	Estado civil:	XXXXXXXXXX	Telefone: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	Endereço:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
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: QGE0636, 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: XXX			
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

Rua José de Anchieta Praxedes, S/N, Sebastião Maltez - Caraúbas/RN, CEP 59780-000





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DISPENSAS 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 416/2012

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: Caruaru 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54780-000
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 CORTA: ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (241)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito de envio)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito de envio)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa a prévia concordância com a futura avaliação médica concernente ao direito de quitação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grande 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 (vários)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a esses beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Monaco - PE 25/09/2019
Andreia Carla de Araujo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DADOS DO ATENDIMENTO		Data: 30/05/19	Hora: 11:30h	Atendimento nº:	
Nome:	AUREA CARLA DE ARAUJO			Idade: 36 A	Sexo: F
Data de Nascimento:	30/01/1983			Cartão SUS:	11111111111111111111
Profissão:				Nº Identidade:	0.683.388
Endereço (Rua/Av./Sítio):	R. PÉLAGIO GUERBA			Nº	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	Telefone:		
Av. da Liberdade	Caracabas	RN	988934391		
Nome da Mãe:	MARIA DA ASSUNÇÃO DE ARAUJO			Motivo da Procura:	
Assinatura do Servidor:					

ACOLHIMENTO:	<input type="checkbox"/> Emergência	<input type="checkbox"/> Urgência	<input type="checkbox"/> Não Urgência	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito
Admissão com Classificação de Risco:	Já teve acidente de moto, colisão				
Queixas:	moto x moto, com dor no ombro e escorregos leve				
Antecedentes Alérgicos:	e hematófoma na cabeça				
HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/>	Assinatura:				

ANAMNESE:

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

CONDUTA:	<input checked="" type="checkbox"/> Medicação	<input type="checkbox"/> Observação	<input type="checkbox"/> Laudo para AIL
----------	---	-------------------------------------	---

1 - Voltar para casa
2 - Guardar no ar + 100 de SF 232 CC
3 - Ao voltar para casa
Dr. Erivan Júnior Médico CRM-RN 9880

HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO:	Fratura de clavícula	CID:
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	<input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> Radiológico <input type="checkbox"/> ECG	Médico (Carimbo/Assinatura)
<input type="checkbox"/> Outros:		
Saida: Data/Hora:	1 1 às 14h5	<input type="checkbox"/> Alta Referido para UBS <input type="checkbox"/> Óbito
<input type="checkbox"/> Outra Unidade de Urgência	<input type="checkbox"/> Especialidade	<input type="checkbox"/> Internação no Hospital





Timbrado de Energia Elétrica Grande por Lei 10.438, de 26/04/02
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL
Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 100, Bala, Nova - RN CEP 59052-500
CNPJ 05.941.195/0001-67 (Insc. Est. 20056150-0) www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANDREIA CARLA DE AVALHO

EMPRESA DA UNIDADE DE CONSUMIDORES
RUA FELICIANO GLEZKA, 229

CPF: 059.089.334-09 NIS: 15057855459

CLASSIFICAÇÃO

ALTO DA LIBERTADE MARA URBENA
CARAUBAS RN
58150-000

DI RESIDENCIAL
EXPERIMENTAL COMMS

CONTA CONTRATO: 7000944623

09/2019

Nº DA NOTA FISCAL: 7000944623

DATA DE EMISSÃO: 23/09/2019

DATA DE VENCIMENTO: 16/10/2019

VALOR TOTAL: 68,29

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,71821232	21,55
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,37855571	26,50
Consumo Ativo Superior a 100 kWh	31,00000000	0,35497155	10,99
Imposto de Renda sobre Energia			0,47
Imposto de Renda sobre Energia			0,47
Multa por atraso em 1 dia			0,47
Multa por atraso em 2 dias			0,47
Multa por atraso em 3 dias			0,47
Multa por atraso em 4 dias			0,47
Multa por atraso em 5 dias			0,47
Multa por atraso em 6 dias			0,47
Multa por atraso em 7 dias			0,47
Multa por atraso em 8 dias			0,47
Multa por atraso em 9 dias			0,47
Multa por atraso em 10 dias			0,47
Multa por atraso em 11 dias			0,47
Multa por atraso em 12 dias			0,47
Multa por atraso em 13 dias			0,47
Multa por atraso em 14 dias			0,47
Multa por atraso em 15 dias			0,47
Multa por atraso em 16 dias			0,47
Multa por atraso em 17 dias			0,47
Multa por atraso em 18 dias			0,47
Multa por atraso em 19 dias			0,47
Multa por atraso em 20 dias			0,47
Multa por atraso em 21 dias			0,47
Multa por atraso em 22 dias			0,47
Multa por atraso em 23 dias			0,47
Multa por atraso em 24 dias			0,47
Multa por atraso em 25 dias			0,47
Multa por atraso em 26 dias			0,47
Multa por atraso em 27 dias			0,47
Multa por atraso em 28 dias			0,47
Multa por atraso em 29 dias			0,47
Multa por atraso em 30 dias			0,47

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	CONSUMO	VALOR
21/09/2019	01/10/2019	154236	15/10/2019	154236	15	10000	10,00

DESCRIÇÃO DE CONSUMO

PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	CONSUMO	VALOR
21/09/2019	01/10/2019	154236	15/10/2019	154236	15	10000	10,00

PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	CONSUMO	VALOR
21/09/2019	01/10/2019	154236	15/10/2019	154236	15	10000	10,00

DESCRIÇÃO DE CONSUMO

PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	CONSUMO	VALOR
21/09/2019	01/10/2019	154236	15/10/2019	154236	15	10000	10,00

DESCRIÇÃO DE CONSUMO

PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	CONSUMO	VALOR
21/09/2019	01/10/2019	154236	15/10/2019	154236	15	10000	10,00

DESCRIÇÃO DE CONSUMO

PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	CONSUMO	VALOR
21/09/2019	01/10/2019	154236	15/10/2019	154236	15	10000	10,00

DESCRIÇÃO DE CONSUMO

PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	CONSUMO	VALOR
21/09/2019	01/10/2019	154236	15/10/2019	154236	15	10000	10,00

DESCRIÇÃO DE CONSUMO

PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	CONSUMO	VALOR
21/09/2019	01/10/2019	154236	15/10/2019	154236	15	10000	10,00

DESCRIÇÃO DE CONSUMO

PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	CONSUMO	VALOR
21/09/2019	01/10/2019	154236	15/10/2019	154236	15	10000	10,00

DESCRIÇÃO DE CONSUMO

PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	CONSUMO	VALOR
21/09/2019	01/10/2019	154236	15/10/2019	154236	15	10000	10,00

DESCRIÇÃO DE CONSUMO

PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	CONSUMO	VALOR
21/09/2019	01/10/2019	154236	15/10/2019	154236	15	10000	10,00



Y&S Sociedade Energia Eletrica Ltda. inscrita no CNPJ nº 06.908.334/0001-90, de 29/04/2012
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Moreira, 191, Bairro, Natal - RN, CEP 51025-200
 CNPJ nº 06.908.334/0001-90 | Inscrição Estadual nº 02.025.188-0 | www.yesenergia.com.br

DADOS DO CLIENTE
 ANDRÉIA CARIALITARAJO

ENDEREÇO DA FÁBRICA/EMPRESA
 RUA FELICIANO GLENNER, 223

CPF: 069.834.82-90 NIS: 10091076459

ALÍQUOTA ISENTA DE IMPOSTOS
 CARALUGAS RN
 53/50-507

CLASSIFICAÇÃO
 DI RESIDENCIAL
 DAB/RENTAL/COMUNIS

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO
 À VISTA

PERÍODO DE FATORAÇÃO
 03/09/2019 a 16/09/2019
VALOR DE FATORAÇÃO
 68,29

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR
Consumo Ativo superior a 30 kWh	30 kWh	R\$ 2,1871222	R\$ 65,88
Consumo Ativo superior a 30 kWh	70 kWh	R\$ 0,2104979	R\$ 14,78
Consumo Ativo superior a 30 kWh	37 kWh	R\$ 0,36297455	R\$ 13,53
ICMS Parcela Substituta			R\$ 1,47
Multa por atraso em 15 dias			R\$ 8,86
Multa por atraso em 30 dias			R\$ 1,25
Juros por atraso em 15 dias			R\$ 0,53
Juros por atraso em 30 dias			R\$ 3,49
Atualização do IPI			R\$ 0,10
			R\$ 0,17

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DA FATURA	PERÍODO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	DESEMPENHO	CONSUMO (kWh)
27999721	EXT	16-09-2019	715230	1668219	715230	13712

PERÍODO	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)
01-01-2019	13712	R\$ 29,85
02-01-2019	13712	R\$ 29,85
03-01-2019	13712	R\$ 29,85
04-01-2019	13712	R\$ 29,85
05-01-2019	13712	R\$ 29,85
06-01-2019	13712	R\$ 29,85
07-01-2019	13712	R\$ 29,85
08-01-2019	13712	R\$ 29,85
09-01-2019	13712	R\$ 29,85
10-01-2019	13712	R\$ 29,85
11-01-2019	13712	R\$ 29,85
12-01-2019	13712	R\$ 29,85
01-02-2019	13712	R\$ 29,85
02-02-2019	13712	R\$ 29,85
03-02-2019	13712	R\$ 29,85
04-02-2019	13712	R\$ 29,85
05-02-2019	13712	R\$ 29,85
06-02-2019	13712	R\$ 29,85
07-02-2019	13712	R\$ 29,85
08-02-2019	13712	R\$ 29,85
09-02-2019	13712	R\$ 29,85
10-02-2019	13712	R\$ 29,85
11-02-2019	13712	R\$ 29,85
12-02-2019	13712	R\$ 29,85
01-03-2019	13712	R\$ 29,85
02-03-2019	13712	R\$ 29,85
03-03-2019	13712	R\$ 29,85
04-03-2019	13712	R\$ 29,85
05-03-2019	13712	R\$ 29,85
06-03-2019	13712	R\$ 29,85
07-03-2019	13712	R\$ 29,85
08-03-2019	13712	R\$ 29,85
09-03-2019	13712	R\$ 29,85
10-03-2019	13712	R\$ 29,85
11-03-2019	13712	R\$ 29,85
12-03-2019	13712	R\$ 29,85
01-04-2019	13712	R\$ 29,85
02-04-2019	13712	R\$ 29,85
03-04-2019	13712	R\$ 29,85
04-04-2019	13712	R\$ 29,85
05-04-2019	13712	R\$ 29,85
06-04-2019	13712	R\$ 29,85
07-04-2019	13712	R\$ 29,85
08-04-2019	13712	R\$ 29,85
09-04-2019	13712	R\$ 29,85
10-04-2019	13712	R\$ 29,85
11-04-2019	13712	R\$ 29,85
12-04-2019	13712	R\$ 29,85
01-05-2019	13712	R\$ 29,85
02-05-2019	13712	R\$ 29,85
03-05-2019	13712	R\$ 29,85
04-05-2019	13712	R\$ 29,85
05-05-2019	13712	R\$ 29,85
06-05-2019	13712	R\$ 29,85
07-05-2019	13712	R\$ 29,85
08-05-2019	13712	R\$ 29,85
09-05-2019	13712	R\$ 29,85
10-05-2019	13712	R\$ 29,85
11-05-2019	13712	R\$ 29,85
12-05-2019	13712	R\$ 29,85
01-06-2019	13712	R\$ 29,85
02-06-2019	13712	R\$ 29,85
03-06-2019	13712	R\$ 29,85
04-06-2019	13712	R\$ 29,85
05-06-2019	13712	R\$ 29,85
06-06-2019	13712	R\$ 29,85
07-06-2019	13712	R\$ 29,85
08-06-2019	13712	R\$ 29,85
09-06-2019	13712	R\$ 29,85
10-06-2019	13712	R\$ 29,85
11-06-2019	13712	R\$ 29,85
12-06-2019	13712	R\$ 29,85
01-07-2019	13712	R\$ 29,85
02-07-2019	13712	R\$ 29,85
03-07-2019	13712	R\$ 29,85
04-07-2019	13712	R\$ 29,85
05-07-2019	13712	R\$ 29,85
06-07-2019	13712	R\$ 29,85
07-07-2019	13712	R\$ 29,85
08-07-2019	13712	R\$ 29,85
09-07-2019	13712	R\$ 29,85
10-07-2019	13712	R\$ 29,85
11-07-2019	13712	R\$ 29,85
12-07-2019	13712	R\$ 29,85
01-08-2019	13712	R\$ 29,85
02-08-2019	13712	R\$ 29,85
03-08-2019	13712	R\$ 29,85
04-08-2019	13712	R\$ 29,85
05-08-2019	13712	R\$ 29,85
06-08-2019	13712	R\$ 29,85
07-08-2019	13712	R\$ 29,85
08-08-2019	13712	R\$ 29,85
09-08-2019	13712	R\$ 29,85
10-08-2019	13712	R\$ 29,85
11-08-2019	13712	R\$ 29,85
12-08-2019	13712	R\$ 29,85
01-09-2019	13712	R\$ 29,85
02-09-2019	13712	R\$ 29,85
03-09-2019	13712	R\$ 29,85
04-09-2019	13712	R\$ 29,85
05-09-2019	13712	R\$ 29,85
06-09-2019	13712	R\$ 29,85
07-09-2019	13712	R\$ 29,85
08-09-2019	13712	R\$ 29,85
09-09-2019	13712	R\$ 29,85
10-09-2019	13712	R\$ 29,85
11-09-2019	13712	R\$ 29,85
12-09-2019	13712	R\$ 29,85
01-10-2019	13712	R\$ 29,85
02-10-2019	13712	R\$ 29,85
03-10-2019	13712	R\$ 29,85
04-10-2019	13712	R\$ 29,85
05-10-2019	13712	R\$ 29,85
06-10-2019	13712	R\$ 29,85
07-10-2019	13712	R\$ 29,85
08-10-2019	13712	R\$ 29,85
09-10-2019	13712	R\$ 29,85
10-10-2019	13712	R\$ 29,85
11-10-2019	13712	R\$ 29,85
12-10-2019	13712	R\$ 29,85
01-11-2019	13712	R\$ 29,85
02-11-2019	13712	R\$ 29,85
03-11-2019	13712	R\$ 29,85
04-11-2019	13712	R\$ 29,85
05-11-2019	13712	R\$ 29,85
06-11-2019	13712	R\$ 29,85
07-11-2019	13712	R\$ 29,85
08-11-2019	13712	R\$ 29,85
09-11-2019	13712	R\$ 29,85
10-11-2019	13712	R\$ 29,85
11-11-2019	13712	R\$ 29,85
12-11-2019	13712	R\$ 29,85
01-12-2019	13712	R\$ 29,85
02-12-2019	13712	R\$ 29,85
03-12-2019	13712	R\$ 29,85
04-12-2019	13712	R\$ 29,85
05-12-2019	13712	R\$ 29,85
06-12-2019	13712	R\$ 29,85
07-12-2019	13712	R\$ 29,85
08-12-2019	13712	R\$ 29,85
09-12-2019	13712	R\$ 29,85
10-12-2019	13712	R\$ 29,85
11-12-2019	13712	R\$ 29,85
12-12-2019	13712	R\$ 29,85
01-01-2020	13712	R\$ 29,85
02-01-2020	13712	R\$ 29,85
03-01-2020	13712	R\$ 29,85
04-01-2020	13712	R\$ 29,85
05-01-2020	13712	R\$ 29,85
06-01-2020	13712	R\$ 29,85
07-01-2020	13712	R\$ 29,85
08-01-2020	13712	R\$ 29,85
09-01-2020	13712	R\$ 29,85
10-01-2020	13712	R\$ 29,85
11-01-2020	13712	R\$ 29,85
12-01-2020	13712	R\$ 29,85
01-02-2020	13712	R\$ 29,85
02-02-2020	13712	R\$ 29,85
03-02-2020	13712	R\$ 29,85
04-02-2020	13712	R\$ 29,85
05-02-2020	13712	R\$ 29,85
06-02-2020	13712	R\$ 29,85
07-02-2020	13712	R\$ 29,85
08-02-2020	13712	R\$ 29,85
09-02-2020	13712	R\$ 29,85
10-02-2020	13712	R\$ 29,85
11-02-2020	13712	R\$ 29,85
12-02-2020	13712	R\$ 29,85
01-03-2020	13712	R\$ 29,85
02-03-2020	13712	R\$ 29,85
03-03-2020	13712	R\$ 29,85
04-03-2020	13712	R\$ 29,85
05-03-2020	13712	R\$ 29,85
06-03-2020	13712	R\$ 29,85
07-03-2020	13712	R\$ 29,85
08-03-2020	13712	R\$ 29,85
09-03-2020	13712	R\$ 29,85
10-03-2020	13712	R\$ 29,85
11-03-2020	13712	R\$ 29,85
12-03-2020	13712	R\$ 29,85
01-04-2020	13712	R\$ 29,85
02-04-2020	13712	R\$ 29,85
03-04-2020	13712	R\$ 29,85
04-04-2020	13712	R\$ 29,85
05-04-2020	13712	R\$ 29,85
06-04-2020	13712	R\$ 29,85
07-04-2020	13712	R\$ 29,85
08-04-2020	13712	R\$ 29,85
09-04-2020	13712	R\$ 29,85
10-04-2020	13712	R\$ 29,85
11-04-2020	13712	R\$ 29,85
12-04-2020	13712	R\$ 29,85
01-05-2020	13712	R\$ 29,85
02-05-2020	13712	R\$ 29,85
03-05-2020	13712	R\$ 29,85
04-05-2020	13712	R\$ 29,85
05-05-2020	13712	R\$ 29,85
06-05-2020	13712	R\$ 29,85
07-05-2020	13712	R\$ 29,85
08-05-2020	13712	R\$ 29,85
09-05-2020	13712	R\$ 29,85
10-05-2020	13712	R\$ 29,85
11-05-2020	13712	R\$ 29,85
12-05-2020	13712	R\$ 29,85
01-06-2020	13712	R\$ 29,85
02-06-2020	13712	R\$ 29,85
03-06-2020	13712	R\$ 29,85
04-06-2020	13712	R\$ 29,85
05-06-2020	13712	R\$ 29,85
06-06-2020	13712	R\$ 29,85
07-06-2020	13712	R\$ 29,85
08-06-2020	13712	R\$ 29,85
09-06-2020	13712	R\$ 29,85
10-06-2020	13712	R\$ 29,85
11-06-2020	13712	R\$ 29,85
12-06-2020	13712	R\$ 29,85
01-07-2020	13712	R\$ 29,85
02-07-2020	13712	R\$ 29,85
03-07-2020	13712	R\$ 29,85
04-07-2020	13712	R\$ 29,85
05-07-2020	13712	R\$ 29,85
06-07-2020	13712	R\$ 29,85
07-07-2020	13712	R\$ 29,85
08-07-2020	13712	R\$ 29,85
09-07-2020	13712	R\$ 29,85
10-07-2020	13712	R\$ 29,85
11-07-2020	13712	R\$ 29,85
12-07-2020	13712	R\$ 29,85
01-08-2020	13712	R\$ 29,85
02-08-2020	13712	R\$ 29,85
03-08-2020	13712	R\$ 29,85
04-08-2020	13712	R\$ 29,85
05-08-2020	13712	R\$ 29,85
06-08-2020	13712	R\$ 29,85
07-08-2020	13712	R\$ 29,85
08-08-2020	13712	R\$ 29,85
09-08-2020	13712	R\$ 29,85
10-08-2020	13712	R\$ 29,85
11-08-2020	13712	R\$ 29,85
12-08-2020	13712	R\$ 29,85
01-09-2020	13712	R\$ 29,85
02-09-2020	13712	R\$ 29,85
03-09-2020	13712	R\$ 29,85
04-09-2020	13712	R\$ 29,85
05-09-2020	13712	R\$ 29,85
06-09-2020	13712	R\$ 29,85
07-09-2020	13712	R\$ 29,85
08-09-2020	13712	R\$ 29,85
09-09-2020	13712	R\$ 2

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Rodrigues de Oliveira

RG nº 003215329, data de expedição 27/03/14, Órgão STP RJ

CPF nº 056.859.334-23, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	Rua Pelagio Guerra
Número	228
Ango / Complemento	Casa
Bairro	Sto da Liberdade
Cidade	Mozzará
Estado	RJ
CEP	59780-000
Telefone de Contato	(84) 99827-0066
E-mail	Não possui

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mozzará - RJ 25/09/2019

Assinatura do Declarante: Francisco Rodrigues de Oliveira





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradodelider.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 9h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 020-3596 / Outras regiões: 0800 022 12 84
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 022 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/BIBLIOTECABR/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=20636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção a 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.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO; ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 6.133/98.

Pelo exposto, eu Francisco Rodrigues de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 056 839.334, 23

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Andreia Carla de Araújo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 069 069.334, 69

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da vítima

Andreia Carla de Araújo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 069 069.334, 69

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Revisor

Renda:

Revisor

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 Pelágio Guerra

Bairro: Sto da Liberdade

Cidade: Montoró

E-mail:

Não Possui

Número: 225

Complemento: Casa

Estado: RN

CEP: 59 780-000

tel.(DDD): (84) 99827-0066

Local e Data:

Montoró - RN 25/09/2019

Francisco Rodrigues de Oliveira

Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017





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 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidória: 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 046.675.684 - 05

com domicílio na cidade de Caraúbas

no Estado de

Rio Grande do Norte

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Armagildo 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 Carla de Araújo

cujo o condutor era

Andreia Carla de Araújo

Veículo: Moto

Modelo: Honda / Pop 150S

Ano: 2017

Placa: AGF 0636

Chassi: 9C2JB0300MR204506

Data do Acidente: 30/05/2019



Local e Data:

CARAÚBAS
OFÍCIO ÚNICO

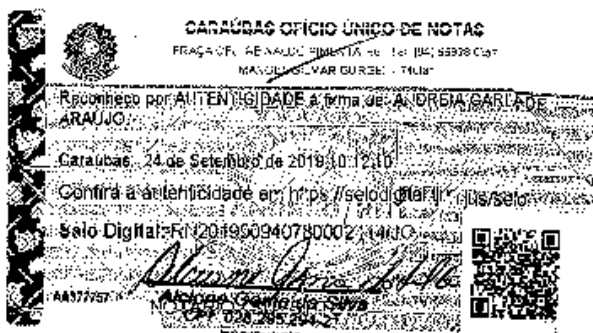
João Maxsandro Araújo Melo

Assinatura do Declarante

Andreia Carla de Araújo

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DADOS DO ATENDIMENTO		Data: 30/05/19	Hora: 11:33h	Atendimento nº:	
Nome:	AROREA CARLA DE ARAUJO			Idade: 36A	Sexo: F
Data de Nascimento:	30/01/1983	Cartão SUS:			
Profissão:		Nº Identidade:	0.683.388		
Endereço (Rua/Av./Sítio):	R. REGIO GUERBA			Nº	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	Telefone:		
ALTO DA LIBERDADE	CARAUERAS	RN	9988932391		
Nome da Mãe:	MARIA DA ASSUNÇÃO DE BRITO		Motivo da Procura:		
Assinatura do Servidor:					

ACOLHIMENTO:	<input type="checkbox"/> Emergência	<input type="checkbox"/> Urgência	<input type="checkbox"/> Não Urgência	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito
Admissão com Classificação de Risco:	Sofreu acidente de moto, colisão				
Queixas:	MOTO X moto, com lesão no ombro e escoriações leves				
Antecedentes Alérgicos:	e hematófago na infância				
HAS ()	DM ()	Assinatura:	Classificação: 5		

ANAMNESE:

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

CONDUTA:	<input checked="" type="checkbox"/> Medicação	<input type="checkbox"/> Observação	<input type="checkbox"/> Laudo para AII
----------	---	-------------------------------------	---

1. Voltar para casa
2. Controlar dor com 100mg de SF 295
3. Ao voltar para casa
Dr. Erivan Junior Médico CRM-RN 9860

HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO:	Fratura de clavícula	CID:			
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	<input type="checkbox"/> Laboratório	<input type="checkbox"/> Radiológico	<input type="checkbox"/> EGG	Médico: (Carimbo/Assinatura)	
() Outros:					
Saida: Data/Hora:	1	1	às 14h	n. () Alta Referido para USF	() Óbito
() Outra Unidade de Urgência	() Especialidade	() Internação no Hospital			





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: Andrúia Carla de Araújo

CPF: 069.069.334-69 CNS: 707806692328416

Endereço: R. Pelágio Guerra - 228

Alto Tibundade Carauabas

Procedimento Solicitado: Tratamento cirúrgico de fratura de clavícula +
osteotomia + neurolise

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

Hospital: Monteclinica Dr. Paulo Gurgel

Município: Natal

Willana Santana Pinheiro
Secretária de Saúde

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 motor x moto) há 2 horas. Relata que estava com algum grau de incapacidade no momento do acidente, tendo batido com a cabeça no chão. Refere ter perdido a consciência por aproximadamente 10 min. Nega episódios de vômitos, azia ou urticária bem como presença de sangue. Refere dor musculares dependentes em hemitórax E e em região de virilha E. Nega alergias medicamentosas e comorbidades vasculares prévias, sem controle cervical.

UVB em AHT, SIRA. Dor a palpitação em hemitórax E e em virilha E.

Demônios de instabilidade hemodinâmica.

COIS Pupilo reativo a luz.

Demônios de instabilidade hemodinâmica.

COIS Pupilo reativo a luz.

Demônios de instabilidade hemodinâmica.

COIS Pupilo reativo a luz.

Demônios de instabilidade hemodinâmica.

COIS Pupilo reativo a luz.

Demônios de instabilidade hemodinâmica.

COIS Pupilo reativo a luz.

Demônios de instabilidade hemodinâmica.

COIS Pupilo reativo a luz.

Demônios de instabilidade hemodinâmica.

COIS Pupilo reativo a luz.

Demônios de instabilidade hemodinâmica.

COIS Pupilo reativo a luz.

Demônios de instabilidade hemodinâmica.

COIS Pupilo reativo a luz.

Demônios de instabilidade hemodinâmica.

COIS Pupilo reativo a luz.

Demônios de instabilidade hemodinâmica.

COIS Pupilo reativo a luz.

Demônios de instabilidade hemodinâmica.

COIS Pupilo reativo a luz.

Dr. Fernando
Rêgo

Dr. A. Duarte
Neurologia - Cir. 2

Ex Neuro: AHT, SIRA, S/D, E, I, A, T,

11 dor em coluna

11 dor em coluna

11 dor em coluna

11 dor em coluna

11 dor em coluna

11 dor em coluna

11 dor em coluna

11 dor em coluna

11 dor em coluna

11 dor em coluna

11 dor em coluna

11 dor em coluna

11 dor em coluna

11 dor em coluna

11 dor em coluna

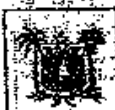
11 dor em coluna

11 dor em coluna

11 dor em coluna

Shirley Freire de Santos
NEUROLOGIA
CRM - 5722 RN / RQE 839



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

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

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 <i>Andréia Costa de Paula</i>		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO MASCULINO 1 FEMININO 2	10 - TELEFONE DE CONTATO
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)			
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Her. difusividade em antebraço após trauma</i>
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Tratamento cirúrgico de fratura de do osso</i>
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Exame físico: L.R.</i>

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de ulna</i>	21 - CID PRINCIPAL <i>S42.20</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Fratura de ulna com placa e parafusos</i>	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Andréia Costa de Paula</i>
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		29 - DT SOLICITAÇÃO <i>01/06/19</i>	30 - CRES / CPF
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - DATA DO ACIDENTE / TRANSPORTO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	39 -
40 - () ACID. TRABALHO ATÍPICO		41 - DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - CID PRINCIPAL		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () FÓSSIL
46 - CID SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	48 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ARH)
50 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
52 - CRES / CPF	53 -	
54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	





REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: _____ Nº ATENDIMENTO: 441995 DATA: 11/06/2019
TIPO DE INTERNAMENTO: CIRÚRGICA HORA: _____
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: 103 C CONVENIO: SUS
MATRÍCULA: 707806692328416 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: ☒ MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () OBITO
DATA: 12/06/19 HORA: _____ ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR: _____

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

Paciente submetido o tratamento cirúrgico de
fraturas de clavícula + osteotomia + transpo-
sição muscular ao nível do ombro
evoluu bem, em recuperação.

PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA
CNPJ: 09.417.742/0001-91

CARIMBO E ASSINATURA

Confere com o Original

Data: 27/06/2019

L. Freitas

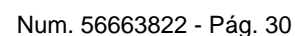


PACIENTE EM POSIÇÃO DE CADEIRA DE PRAIA + SOB BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACÃO + ANTISEPSIA E ASSEPSSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS + INCISÃO SOBRE CLAVÍCULA ESQUERRA + DILATÇÃO POR PLANOS
OSTEOTOMIA PARA EXPOR, REDUZIR E FIXAR FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA COM PLACA E PARAFUSOS
TRANSPOSIÇÃO MUSCULAR AO NÍVEL DO CÂNBRO
SUTURA POR PLANOS + CURATIVO + TIPIÇA

Dr. Thiago José G. C. Araújo
Ortopedia Traumatologia
CRM-RN 64140

ANESTESIA TIPO BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO IV.

Dr. Artur Henrique C. da Silveira
Anestesiologista
CRM-RN 0507 CPF 053.882.554-50
11/06/17





RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Andréia Carla de Araújo Nº REGISTRO 441995
Data Nascimento 30/01/83 Idade 36 sexo F LEITO: 103C Data de Admissão 13/06/19
MÉDICO: Dr. Thiago

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não ☒ Sim início 0600 PESO: 63 Kg Altura: 1,53 cm
RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: ☒ SIM () NÃO
ALERGIAS: ☒ NÃO () SIM: Não
DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Marca passo () Outros: _____ Medicamentos de uso frequente: _____
Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não ☒ Sim
Exames: ☒ Labor ☒ Raios-X () USG () JTC () RNMC () Risco cirúrgico Outros: _____
Encaminhado: () Deambulando () Cadeira de Rodas ☒ Maca () consciente () Inconsciente () Orientado ()
Desorientado

Anotações de Enfermagem: _____

Conferido informação acima por Thiago Admitido na sala: _____ Hora _____

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta: Fratura clavícula F

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

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



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: MAE Placa neutra: Local: MID

Passado faixa de Smarch: Não () sim, em: _____ Início _____ Término _____

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: ☒ Clorex Degermante () Clorex aquoso

☒ Clorex Alcoolica () PVPI degermante

() PVPI tintura

☒ Alcool 70%

Infusões: SFO, 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: Início 15:00 Término 16:00 () Geral Inalatório () Geral Venosa ☒ Sedação () Local
 () Peridural () Raqui ☒ Bloqueio: _____

() Não () sim - Cânula nº _____ IOT aramado: () não () sim nº _____

AVP: () não ☒ sim YEP, Jelco nº 20 por TE RONALDO

Cateter O2: () não () sim SG: () NÃO () SIM nº _____ SVD () NÃO () SIM nº _____

Ferida operatória: Curativo limpo e seco

Cultura: _____ Anát. Patológico: ☒ Não () Sim _____ Unid _____

Material Explantado:

Conferido por elise Intercorrência S/
986192

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 duphona + 1 dexametazona

Ronitidina + Bromoprida + Tenoxicam + cefazolina 2g



OPME: () NÃO (X) SIM, qual

1 Risco 7 Anos de P
02 PF 14
03 PF 16 } contusão
01 PF 22 }

Anotações de Enfermagem e Intercorrências 3/

Início da cirurgia: 15:10 Término da cirurgia: 15:50

CIRURGIÃO Thiago ASSISTENTE: ANESTESIOLOGISTA Arthur

INSTRUMENTADORA Dione + CIRCULANTE: Lelio ENFERMEIRA: Edra

Rosaleio

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:

Thiago Batista do Nascimento
COORDENADOR 1.131.005-12

HORA: 16:40



Prontoclínica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: Andréia Cordeiro de Araújo MÉDICO: Thiago
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Clav. (E) SETOR: Adm LEITO: 303C
RESIDÊNCIA: 0 DOMICILIAR () HOSPITALAR: QUAL: Urg IDADE: 36 anos
DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: Urg

EVOLUÇÃO 10/06/19 HORÁRIO: 19h

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
☒ VIVO () REATIVO () HIPOATIVO
☒ HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
☒ EMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSOS VENOSOS (Local e data de inserção)

1 10/06/19 19h
2 10/06/19 19h
3 10/06/19 19h

USO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

1 10/06/19 19h
2 10/06/19 19h
3 10/06/19 19h

TELA

☒ HÍDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
EXTREMIDADES FRIAS ☒ NORMOTÉRMICA
HIPOFERMIA:
HIPERTERMIA:
DRENO Local:
Característica do líquido:

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ PNEUMÔNICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
☒ BRADIPNEICO () TIRAGEM:
RUIDOS ADVENTÍCIOS. TIPO:
TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: Ata pela este há 13 dias.

Reabido 1 pil de Rx + ex. lab. colúmb. com

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB () MV % () HOOD:
() ENTUBADO TOT Nº
OBS:

ELIMINAÇÕES

DIURESE

☒ ESPONTÂNEA () SVA A CADA:
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD
ASPECTO/CARACTERÍSTICA:

EVACUAÇÃO

☒ ESPONTÂNEA
() ESTÍMULO:
() AUSENTE DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA:

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

☒ FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIO () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☒ DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
() SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
() SGG/SNG
() RESÍDUO GÁSTRICO:
☒ ZERO () VÔMITO vezes

INFORMAÇÃO ADICIONAL
554066

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 11/06/19 HORÁRIO: 23h

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
☒ VIVO () REATIVO () HIPOATIVO
☒ HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
☒ EMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSOS VENOSOS (Local e data de inserção)

1 11/06/19 23h
2 11/06/19 23h
3 11/06/19 23h

USO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

1 11/06/19 23h
2 11/06/19 23h
3 11/06/19 23h

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB () MV % () HOOD:
() ENTUBADO TOT Nº
OBS:

ELIMINAÇÕES

DIURESE

☒ ESPONTÂNEA () SVA A CADA:
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD
ASPECTO/CARACTERÍSTICA:

EVACUAÇÃO

☒ ESPONTÂNEA



PELE
☒ HÍDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
☐ EXTREMIDADE FRIAS ☒ NORMOTÉRMICA
☐ HIPOTERMIA: _____
☐ HIPERTERMIA: _____
 IDRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
☐ RUÍDOS ADVENTÍCIOS TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

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

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

☒ FLÁCIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☒ DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
☐ SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO ☒ ORAL/COPINHO () GTM
☐ SÓ SNG _____
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☐ ZERO () VÔMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: ** RAI-X DOS OÍDOS
 E DOS QUADRILHOS.*

EVOLUÇÃO 12/06/2020

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
☒ REATIVO () HIPOATIVO
☐ HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
☐ COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☒ AVP: _____
☐ AVC: _____
☐ Jélico: _____
☐ Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() HV _____
☒ BI _____
☒ ATB _____

PELE

☒ HÍDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
☐ EXTREMIDADE FRIAS ☒ NORMOTÉRMICA
☐ HIPOTERMIA: _____
☐ HIPERTERMIA: _____
 IDRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
☐ RUÍDOS ADVENTÍCIOS TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: ** S/O*

HORÁRIO

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
☐ ENTUBADO TOT Nº _____
 OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURSE

☒ ESPONTÂNEA () JVA A CADA: _____
☐ HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
☐ POLIÚRIA () SVD _____
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

☒ ESPONTÂNEA
☐ ESTÍMULO: _____
☐ AUSENTE _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

☒ FLÁCIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☒ DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
☐ SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO ☒ ORAL/COPINHO () GTM
☐ SÓ SNG _____
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☐ ZERO () VÔMITO _____ vezes

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE	<u>Audreia Costa Araújo</u>
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	Admissão em UTI. Realizado exame físico de todo o organismo. Exames laboratoriais: Hemograma, Coagulograma, Perfil Lipídico, Perfil Enzimático, Urina. Exames de imagem: Radiografia de tórax, Ultrassom de abdome.	
11/06/19	14:00	Detecção de c.c. levando ao diagnóstico de pneumonia.	Margareth Cunha de Costa COREN/RN - 468.662-18
11/06/19	18h	Adm med cefazolina 1g + 50ml SFO 9% EV + dipirona 125mg + 50ml Abal EV.	Wendiane Oliveira Pereira COREN/RN - 468.662-18
11/06/19	20h	Adm med cefazolina 1g + 50ml SFO 9% EV + dipirona 125mg + 50ml Abal EV.	Ana Paula R. Souza C. Silva COREN/RN - 1.286.597-78
11/06/19	22h	Adm med cefazolina 1g + 50ml SFO 9% EV + dipirona 125mg + 50ml Abal EV.	Ana Paula R. Souza C. Silva COREN/RN - 1.286.597-78
12/06/19	04h	Adm med cefazolina 1g + 50ml SFO 9% EV + dipirona 125mg + 50ml Abal EV.	Ana Paula R. Souza C. Silva COREN/RN - 1.286.597-78
12/06/19	10h	Adm med cefazolina 1g + 50ml SFO 9% EV + dipirona 125mg + 50ml Abal EV.	Ana Paula R. Souza C. Silva COREN/RN - 1.286.597-78
12/06/19	11:20	Realizado troca de curativo, com observação em claudicação "E" conforme prescrição médica.	Juliana Nunes da Silva COREN/RN - 1.286.597-78
12/06/19	13:10	Paciente saiu de alta hospitalar acompanhado de familiares levando todos seus pertences.	Juliana Nunes da Silva COREN/RN - 1.286.597-78



PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

PRESCRIÇÃO	HORARIOS
Dietas branda quando bem acordado	
RL 500ml IV, 12/12h	
Cefazolina - 1PR + 50ml SF 0.9%; IV, 5/6h	
Dilzina - 1 amp + 18ml ABD, IV, 5/6h	
Teronolcan 400mg - 1PR + 20ml ABD, IV, 1X/DIA	
Tamrel 100mg - 1 amp + 100ml SF 0.9%; IV, 8/8h	
Prasid - 1amp + 100ml SF 0.9%; IV, 8/8h, SE NAUSEAS	
Manter cabeceira elevada	
SSIV e OCGS	
<p>Dr. Thiago José G. C. Amaral Ortopedia e Traumatologia CRM-RN 06619 TFE 0114810</p>	

DÉBITOS	
SERINGA 01	
SERINGA 03 cc	
SERINGA 05 cc	
SERINGA 10 cc	
SERINGA 20 cc	
EQUIPO MICROGOTAS	
EQUIPO P/ BI	
EQUIPO P/ SANGUE	
HECO Nº	
SCAP Nº	
POLIFIX	
LUVA PROCEDIMENTO 400	01
LUVA ESTER Nº	
GASES ACT	
ESPALMADURO	02
MICROPORÉ	UCem
PVP	
ETER	
ALCOOL 70%ml	
AGULHA BOLA	
AGULHA DESC.	
CRIPOM Nº	
ALGODÃO ORTOP.	
CEPACOL 9ml	
POMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LAMINA BISTURI	
ELETRODO	
MASC. DESCAT	01
SORO FISIOL. 0.9%	
ETIA HGT	

RC FARMACIA
 RECEBO

11 Andar cada de manhã

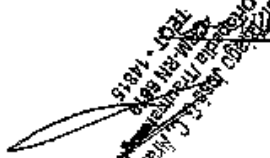
- Causa 3: pois o médico
nada de 13h


- Não a partir de 6h

- chegar na clínica até 9h

X E R L X.

- RG, CPF, cartão SUS e
comprovante de endereço


01/06/2020

RUA: BEVENUTO SIMÕES, 17 - BAIRRO: CENTRO - CARAÚBAS/RN
ATENDIMENTO: 0849.9674-0800  clinicaconceicaoaraujo





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: André Luis REGISTRO Nº _____
APTO.: _____ CONVENIO _____
MÉDICO: _____

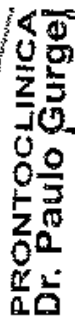
DATA / HORA	DESCRIÇÃO MÉDICA
11/06/19 15:10h	Admissão Paciente admitido com fratura de dentes G. II tratamento urgente CH. de 15
11/06/19 16:00h	Não operatório Ducina atendimento, tratamento emergencial de fratura de dentes superiores com extracção e PARI com parafusos + transposição de dentes de admissão do anterior
11/06/19 10:22h	SO: 100% O2 dentes G Paciente com dor oral. CH. de 15, com dor exacerbada - dor persistente, aumento previsão de internação, internação CH. de 15 CH. de 15

Dr. Thiago José G. C. Ferreira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-AM 6619 / RCT 14915

Dr. Thiago José G. C. Ferreira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-AM 6619 / RCT 14915

Dr. Thiago José G. C. Ferreira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-AM 6619 / RCT 14915





Andreas Dorde Wang

MÉDICO:

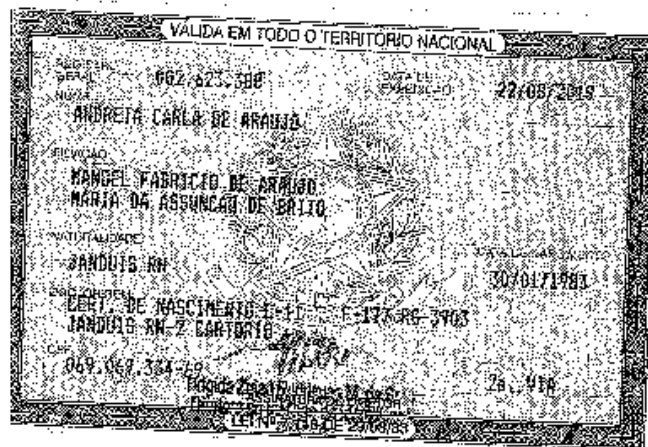
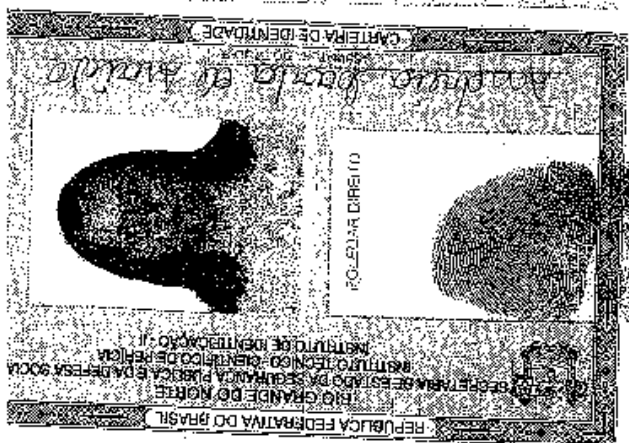
CONVÊNIO.:

CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

Aptō

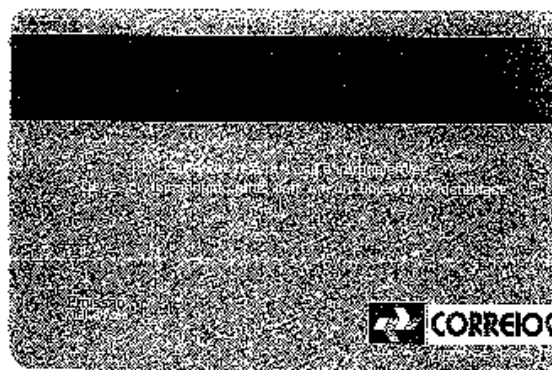
1032

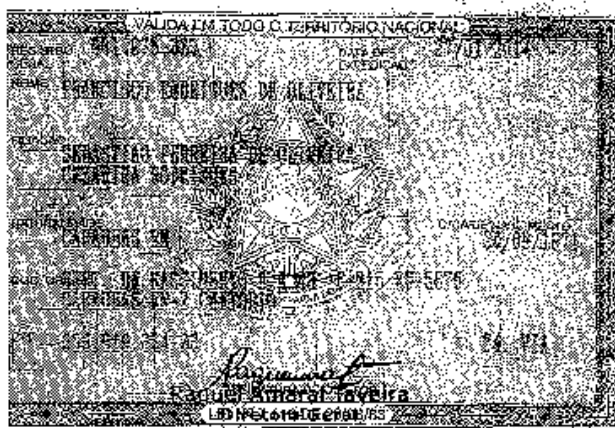
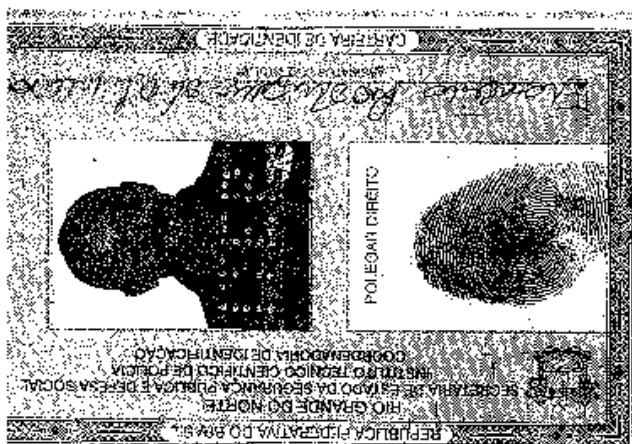
[illegible]



V. Fina

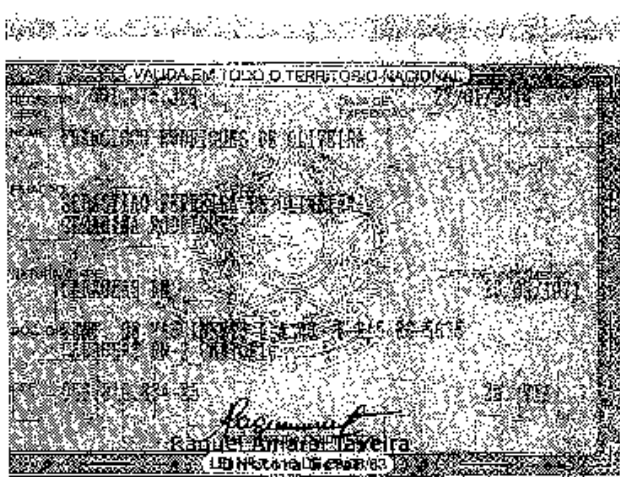
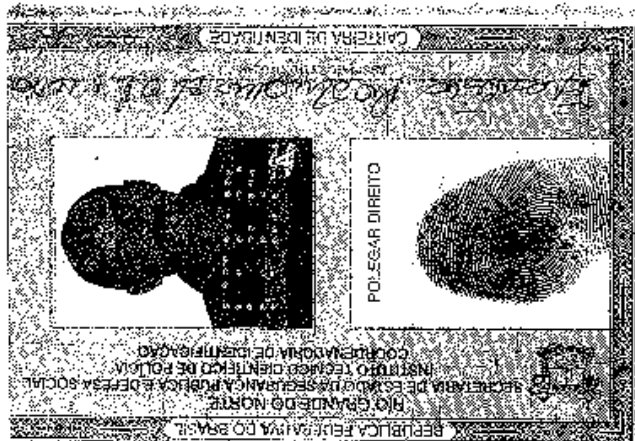






Processo





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA: 1 COG. RENAVAM: 01095720306 RN.TEC.: ***** EXERCÍCIO: 2019

NOME: JOAO MARGABURO ARAUJO MESLO

OPF / CNPJ: 076.675.664-05

PLACA: QGF0636

PLACA ANI / UF: QGF0636/RN

CHASSI: 9C2J80100HR204106

ESPÉCIE TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/POP 110I

ANO FAB: 2016 ANO MOD: 2016

CAP / POT / CIL: 109 CILINDRADAS

CATEGORIA: PARTICULAR COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: R\$ 0,00 VENC. COTA ÚNICA: 02/05/2019

FAIXA LVA: A 002391-3R PARCELAMENTO / COTAS: R\$ *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): *** TAXAS DETRAN: PAGO

PRÊMIO TOTAL (R\$): DPVAT: PAGO

DATA DE PAGAMENTO: 02/05/2019

OBSERVAÇÃO: NOTAR: JB01B0H204159

CARUBAS/RN: 02/05/2019

DATA: 02/05/2019

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 10/06/2020 17:43:43

https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006101743431500000054470364

Número do documento: 2006101743431500000054470364

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - 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: 2019 DATA EMISSÃO: 02/05/2019

VIA: 1 COG. RENAVAM: 076.675.664-05 RN.TEC.: ***** EXERCÍCIO: 2019

PLACA: QGF0636

CHASSI: 9C2J80100HR204106

ANO FAB: 2016 ANO MOD: 2016

CATEGORIA: PARTICULAR COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: R\$ 0,00 VENC. COTA ÚNICA: 02/05/2019

FAIXA LVA: A 002391-3R PARCELAMENTO / COTAS: R\$ *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): *** TAXAS DETRAN: PAGO

PRÊMIO TOTAL (R\$): DPVAT: PAGO

DATA DE PAGAMENTO: 02/05/2019

OBSERVAÇÃO: NOTAR: JB01B0H204159

CARUBAS/RN: 02/05/2019

DATA: 02/05/2019

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 10/06/2020 17:43:43

https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006101743431500000054470364

Número do documento: 2006101743431500000054470364

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.600/0001-04



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Andreia Carla de Araújo
 NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: solteira
 PROFISSÃO: Agricultora
 IDENTIDADE: 2.623.388 CPF: 069.069.334.69
 ENDEREÇO: Rua Pelagio Guerra 228 barauibas RN

OUTORGADO

NOME: Francisco Rodrigues de Oliveira
 NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: solteiro
 PROFISSÃO: Agricultor
 IDENTIDADE: 006.275.329 CPF: 056.879.334.23
 ENDEREÇO: Rua Pelagio Guerra 228 barauibas RN

NOME DA VÍTIMA: Andreia Carla 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.



Monroio RN 25/09/2019
 LOCAL E DATA

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

CARAUBAS OFÍCIO ÚNICO DE NOTAS
 PRAÇA CEL. DE VALDO ARAÚJO, 66 - TEL (84) 32023.2307
 INSCRIÇÃO ESTADUAL Nº 000.000.000-00 - ITCM

Revogado por AUTENT. Nº 000.000.000-00 de 2014 (01/01/2014)
 Carauabas - 24 de Setembro de 2019 (01/01/2019)
 Confirma a autenticidade em: <https://selo.digital.tjrn.jus.br>
 Selo Digital Nº 201900040780002485V
 Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 10/06/2020 17:43:43
 https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061017434315000000054470364
 Número do documento: 20061017434315000000054470364



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344645/19

Número do Sinistro: 3190567456

Vítima: ANDREIA CARLA DE ARAUJO

CPF: 069.069.334-69

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 30/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDREIA CARLA DE ARAUJO

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

Data da apresentação: 10/10/2019
Nome: FRANCISCO RODRIGUES DE OLIVEIRA
CPF: 056.819.334-23

FRANCISCO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344645/19

Vítima: ANDREIA CARLA DE ARAUJO

CPF: 069.069.334-69

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 30/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDREIA CARLA DE ARAUJO

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

Data da apresentação: 04/10/2019
Nome: FRANCISCO RODRIGUES DE OLIVEIRA
CPF: 056.819.334-23

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

FRANCISCO RODRIGUES DE OLIVEIRA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

