



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	<u>2725889_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	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



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. 1

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: 01699/01700 - 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, contados 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

Pag. 01125/01126 - carta_01 - INVALIDEZ



00036563



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. 4



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



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. 5



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.

Pag. 01699/01700 - carta_25 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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. 6



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.

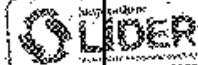
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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,

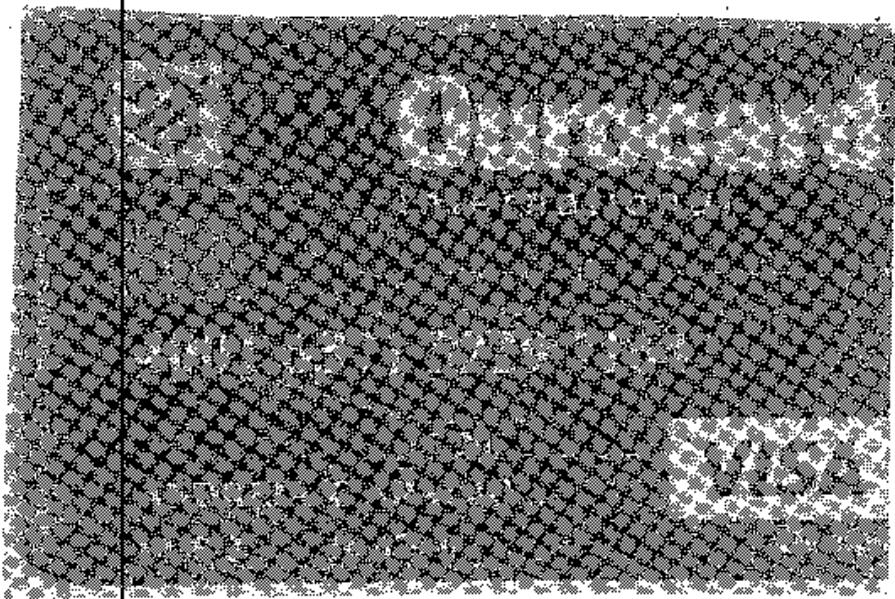
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

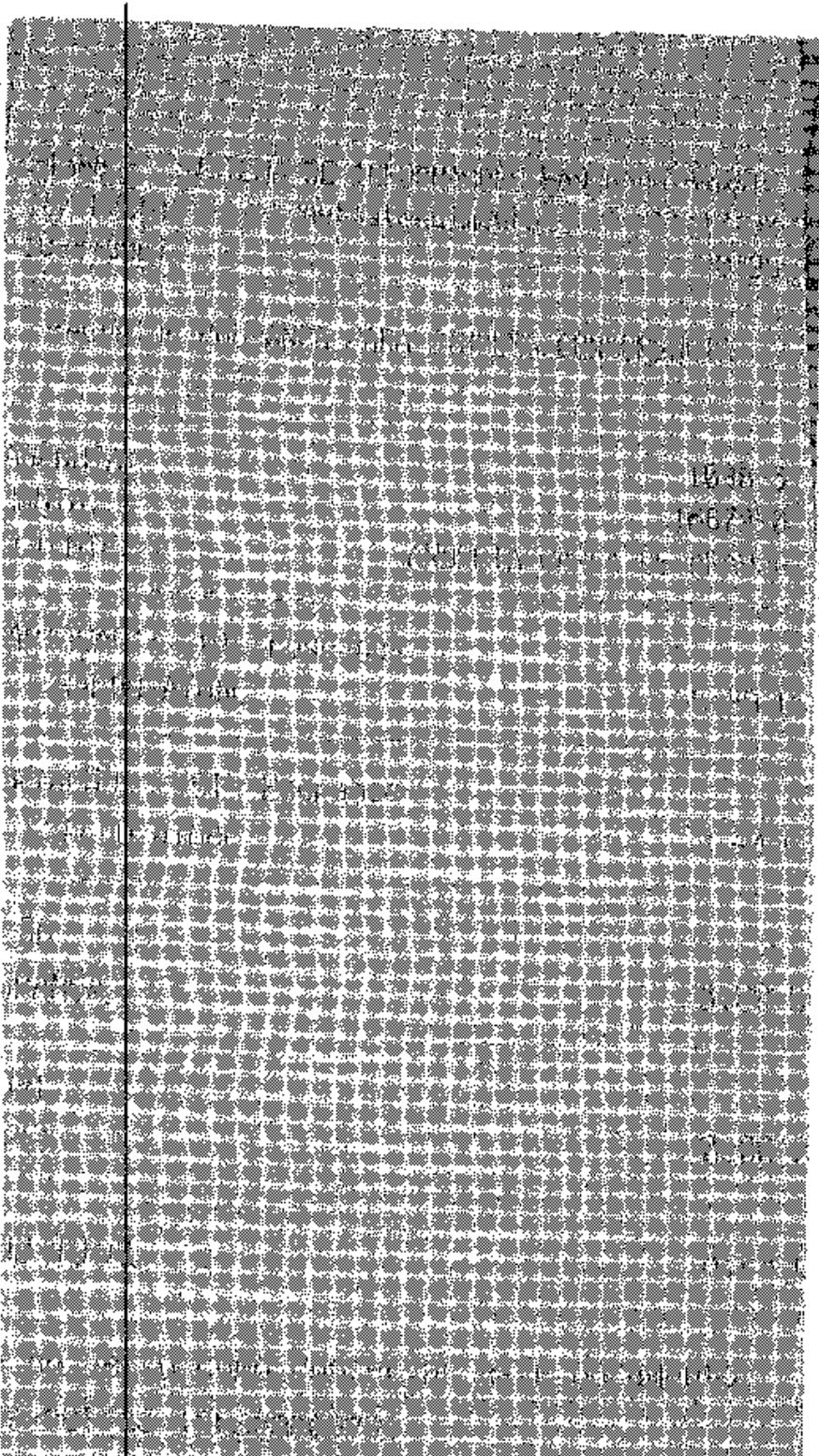
1. Recolha o(s) tipo(s) da cobertura:	<input type="checkbox"/> DANOS (EXPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE
2. nº Identificador ASI:	3 - CPF do Vítima: 069 069 334-69 4 - Nome completo do vítima: Andreia Carla de Araujo
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (TUTOR/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR S/DEP 01/ABR/2012	
5 - Nome completo: Andreia Carla de Araujo	6 - Profissão: Rua Pelagia Guerra
7 - Profissão: Agricultora	8 - Endereço: 17 - Cidade: Caravá,
11 - Rua: Rua da Liberdade	12 - Bairro: Nro. 87701
13 - E-mail:	14 - Telefone: 99 780-8000
15 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E/OU TUTOR) PARA UTILIZAR BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ FOM CICLAVOR	
17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - Profissão do Representante Legal:
28 - CNP do Representante Legal:	29 - Documento comprovante vínculo (ANEXAR LIGMA):
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, e conforme comprovante anexo (ANEXAR LIGMA).	
30 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO (INFORMAR) <input type="checkbox"/> R\$1.000,00 a R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.500,00 a R\$8.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,01 a R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
22 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO LEGAL (O BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO PODE SER CURIADOR/OUTROS)
32 - CARTA PÓDUMA (informar o número da conta bancária, disponível em 19/05/2012):	<input type="checkbox"/> PONTA CORRENTE (informar)
33 - Endereço (23): 126 (3411)	Nome do BANCO:
34 - Banco Central (1004) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Agência (23): 4038-3 <input type="checkbox"/> Conta (166-7300)	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/>
35 - Declaração de que o beneficiário é devidamente informado, de modo imediato, o valor da indenização, o valor da indenização/representante do Seguro DPVAT e que em tiver direito, reconhecendo o dízimo, deixará a receber a parte do crédito, quando o total do valor representante do Seguro DPVAT for igual ou menor que o dízimo.	
36 - DECLARAÇÃO DE ANSERVÁ-DE LADÔ-DO-SEU - PRESENTEMENTE SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE PERMANENTE	
Declaro, sob as penas da lei, que fui impossibilitado de assinatura o laudo do Instituto Iapê (IPI) para fins de negociação de indenização do Seguro DPVAT (dízimo), permanecendo, uma vez que fui intubado (não sou assinante).	
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IPI, que é devido a respeito do acidente ou da minha residência, ou <input type="checkbox"/> O IPI, que atende a região do acidente ou da minha residência não respeita prejuízos para fins do Seguro DPVAT, ou	
<input type="checkbox"/> O IPI, que atende a região do acidente ou da minha residência realiza prejuízos com prazo superior a 90 (noventa) dias de prazo.	
Por motivo assinalado, solicito o prazo imediato da análise da reclamação de Indenização do Seguro DPVAT, sem envio de correspondência, para que seja realizada a análise da reclamação de Seguro DPVAT para conferir se a vittima é beneficiária e se o dízimo é devido, ou rendendo os direitos de contestar, caso ocorrere de se o dízimo.	
37 - DECLARAÇÃO DE UNICO BENEFICIÁRIO - PRESENTEMENTE SÓMENTE PARA COBERTURA DE Morte	
25 - Estado: São Paulo <input type="checkbox"/> Cidade: São Paulo <input type="checkbox"/> Distrito: <input type="checkbox"/> Suburbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Sítio <input type="checkbox"/> Fazenda <input type="checkbox"/> Vila <input type="checkbox"/> 26 - Cela de vítima: <input type="checkbox"/> 27 - Se a vítima é menor de idade, informar o nome completo:	28 - Cela de morte: <input type="checkbox"/> 29 - Se a morte é menor de idade, informar o nome completo:
29 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 30 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 31 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 32 - Se a vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 33 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 34 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 35 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 36 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 37 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 38 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 39 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 40 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 41 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 42 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 43 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 44 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 45 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 46 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 47 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 48 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 49 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 50 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 51 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 52 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 53 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 54 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 55 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 56 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 57 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 58 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 59 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 60 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 61 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 62 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 63 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 64 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 65 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 66 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 67 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 68 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 69 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 70 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 71 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 72 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 73 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 74 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 75 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 76 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 77 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 78 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 79 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 80 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 81 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 82 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 83 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 84 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 85 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 86 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 87 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 88 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 89 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 90 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 91 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 92 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 93 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 94 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 95 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 96 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 97 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 98 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 99 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 100 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 101 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 102 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 103 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 104 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 105 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 106 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 107 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 108 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 109 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 110 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 111 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 112 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 113 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 114 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 115 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 116 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 117 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 118 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 119 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 120 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 121 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 122 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 123 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 124 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 125 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 126 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 127 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 128 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 129 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 130 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 131 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 132 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 133 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 134 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 135 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 136 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 137 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 138 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 139 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 140 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 141 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 142 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 143 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 144 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 145 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 146 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 147 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 148 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 149 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 150 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 151 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 152 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 153 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 154 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 155 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 156 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 157 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 158 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 159 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 160 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 161 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 162 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 163 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 164 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 165 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 166 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 167 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 168 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 169 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 170 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 171 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 172 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 173 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 174 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 175 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 176 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 177 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 178 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 179 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 180 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 181 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 182 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 183 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 184 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 185 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 186 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 187 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 188 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 189 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 190 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 191 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 192 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 193 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 194 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 195 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 196 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 197 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 198 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 199 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 200 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 201 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 202 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 203 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 204 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 205 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 206 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 207 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 208 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 209 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 210 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 211 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 212 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 213 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 214 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 215 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 216 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 217 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 218 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 219 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 220 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 221 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 222 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 223 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 224 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 225 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 226 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 227 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 228 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 229 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 230 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 231 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 232 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 233 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 234 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 235 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 236 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 237 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 238 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 239 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 240 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 241 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 242 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 243 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 244 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 245 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 246 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 247 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 248 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 249 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 250 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 251 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 252 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 253 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 254 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 255 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 256 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 257 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 258 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 259 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 260 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 261 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 262 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 263 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 264 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 265 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 266 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 267 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 268 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 269 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 270 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 271 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 272 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 273 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 274 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 275 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 276 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 277 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 278 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 279 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 280 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 281 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 282 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 283 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 284 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 285 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 286 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 287 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 288 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 289 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 290 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 291 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 292 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 293 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 294 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 295 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 296 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 297 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 298 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 299 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 300 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 301 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 302 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 303 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 304 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 305 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 306 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 307 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 308 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 309 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 310 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 311 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 312 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 313 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 314 - Vítima é menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 315 - Vítima é menor de idade:	



AG:1038-3

CONTA:16679-0





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. 10



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: 069 069 334-69 4 - Nome completo da vítima: Andriea Carla de Araujo

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

5 - Nome completo: Andriea Carla de Araujo 6 - CPF: 069 069 334-69
 7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Rua Pelágio Guerra
 11 - Bairro: Alto da Liberdade 12 - Cidade: Carajás 13 - Estado: PA 14 - CEP: 59780-000
 15 - E-mail: Não Possuo 16 - Tel.(DDDI): (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: RECLUSO 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 (Sorvete para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341) CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: _____

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

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, considerando, desde já, em meu silêncio, a avaliação médica e custos da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §º II, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

23 - 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: Sim Não 26 - Vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? Não Vivos: Sim Não Falecidos: Sim Não Vivos: Sim Não Falecidos: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso de vida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou desleque não verdadeiro poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal que 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: _____

40 - Local e Data: _____ M 07/2010 - Ano 25/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Andriea Carla de Araujo

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ FPF 001 V002/2019

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

45 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

47 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

49 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

51 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

53 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

55 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

56 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

57 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

58 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

59 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

60 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

61 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

62 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

63 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

64 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

65 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

66 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

67 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

68 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

69 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

70 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

71 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

72 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

73 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

74 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

75 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

76 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

77 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

78 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

79 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

80 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

81 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

82 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

83 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

84 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

85 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

86 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

87 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

88 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

89 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

90 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

91 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

92 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

93 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

94 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

95 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

96 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

97 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

98 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

99 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

100 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

101 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

102 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

103 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

104 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

105 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

106 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

107 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

108 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

109 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

110 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

111 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

112 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

113 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

114 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

115 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

116 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

117 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

118 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

119 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

120 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

121 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

122 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

123 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

124 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

125 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

126 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

127 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

128 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

129 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

130 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

131 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

132 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

133 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

134 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

135 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

136 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

137 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

138 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

139 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

140 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

141 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

142 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

143 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

144 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

145 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

146 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

147 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

148 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

149 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

150 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

151 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

152 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

153 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

154 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

155 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

156 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

157 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

158 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

159 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

160 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

161 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

162 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

163 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

164 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

165 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

166 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

167 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

168 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

169 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

170 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

171 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

172 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

173 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

174 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

175 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

176 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

177 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

178 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

179 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

180 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

181 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

182 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

183 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

184 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

185 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

186 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

187 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

188 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

189 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

190 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

191 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

192 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

193 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

194 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

195 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

196 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

197 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

198 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

199 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____



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. 12



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE						
2 - Nú do registro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:							
		069.069.334-69	Andréia Carla de Araújo							
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP N° 4/5/2012										
5 - Nome completo:		6 - CPF:								
Andréia Carla de Araújo		069.069.334-69								
7 - Profissão:		8 - Endereço:		9 - Número:						
Agricultora		Rua Pelagio Guerra		22						
11 - Bairro:		12 - Cidade:		10 - Complemento:						
Alto da Liberdade		Caraíbas		66						
15 - E-mail:		16 - Estado:		14 - CEP:						
Nao (0770)		RJ		25.780-000						
17 - Nome completo do Representante Legal:		18 - TEL (DDD):		19 - Fone:						
		(81) 99827-0066								
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR										
19 - CPF do Representante Legal:		20 - 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:										
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$2.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$2.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00								
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$2.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00								
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO NA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)										
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradesco (237)</td> <td><input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)</td> <td><input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)									
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)									
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)									
Nome do BANCO: Brasil										
AGÊNCIA: <input type="text"/>		CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>							
(Inserir o dígito se existir)		(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)							
Observação: Caso o beneficiário não possuir conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/cembolho do Seguro DPVAT										

<p>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. <p>Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para 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 do trânsito, conforme o art. 5º, §1º, do decreto que esta Autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.</p>

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE																
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:										
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(s):					<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:								
28 - Vítima teve filhos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	30 - Vítima deixou herdeiros (veja recuado):		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
34 - Se a vítima deixou herdeiros, informar o nome completo deles, a indicação do Serum DAVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem																

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

→ Auskunfts- oder Repräsentantenrecht (siehe Box 1)

EPS-DB1-V002/2019





SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOL
DIRETORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPCIN
7º 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:	Janduís/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					
VITIMA						
Nome:	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx					
Naturalidade:	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Nascido em:	xxxxxxxxxx	Doc:	RG:xxxxxxxx	
Filho (a):	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx					
Estado civil:	xxxxxxxxxx	Telefone:	xx			
Endereço:	xx					
NOTICIADO						
Nome:	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx					
Naturalidade:	xxxxxxxxxxxxxxxxxx	Nascido em:	xxxxxxxxxx	Doc:	xxxxxxxxxxxxxxxxxx	
Filho (a):	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx					
Estado civil:	xxxxxxxxxx	Telefone:	xx			
Endereço:	xx					
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 dessa 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 a 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:	xx					
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

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

INVALIDEZ PERMANENTE MORTE NÃO VITIMIZADO		<p>1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DISPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE</p> <p>2 - N° do sinistro ou ASL: <input type="checkbox"/> CPF da vítima: 069 069 334-69 4 - Nome completo da vítima: <i>Andressa Carla de Araujo</i></p> <p>5 - Nome completo: <i>Andressa Carla de Araujo</i> 6 - CPF: 069 069 334-69</p> <p>7 - Profissão: <i>Agricultora</i> 8 - Endereço: <i>Rua Pelágio Guerra</i> 9 - Número: 228 10 - Complemento: <i>Casa</i></p> <p>11 - Bairro: <i>Alto da Liberdade</i> 12 - Cidade: <i>Carauá</i> 13 - Estado: PA 14 - CEP: 59780-000</p> <p>15 - E-mail: <i>Não Possuo</i> 16 - Tel. (DDI): (84) 9 9827-0066</p> <p>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</p> <p>17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____</p> <p>18 - CPF do Representante Legal: _____ 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____</p> <p>Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> RECLASO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</p> <p>21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)</p> <p><input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Isenção para os Bancos abaixo, Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</p> <p>AGÊNCIA: _____ CONTAS: _____ AGÊNCIA: _____ CONTAS: _____</p> <p>(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)</p> <p>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</p> <p>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):</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</p> <p>Peço medida australizada, 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 ser submetter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.154/74, art. 3º, §º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde da sua contenção.</p> <p>23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</p> <p>24 - Data do óbito da vítima: _____</p> <p>23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo</p> <p>25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____</p> <p>28 - Vítima teve filhos? Sim _____ Vivos: _____ Falecidos: _____ 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou nascituro (vítimaço)? Sim _____ Não _____ 31 - Vítima teve nascituro? Sim _____ Não _____ 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou filhos/filhas/vívo(s)? Sim _____ Não _____</p> <p>Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente indenizada, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias 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 259 do Código Penal.</p> <p>34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido</p> <p>35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido</p> <p>36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido</p> <p>37 - [+] Assinatura de quem assina a rogo/a pedido</p> <p>38 - 1^a Nome: _____ CPF: _____ Assinatura do testemunha</p> <p>39 - 2^a Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha</p> <p>40 - Local e Data: <i>25/09/2019</i> 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)</p> <p>42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)</p> <p>43 - Assinatura do Procurador (se houver)</p>	
--	--	---	--

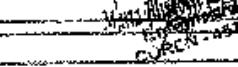


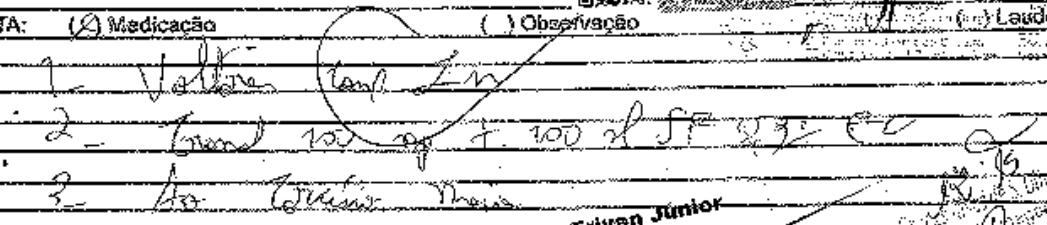
(RT/1879480)

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: ALICEKA CARVAO DE AGUIAR		Idade: 36	Sexo: F	
Data de Nascimento: 30/01/1983		Cartão SUS: 1111111111111111		
Profissão:		Nº identidade: 0683-388		
Endereço (Rua/Av./Sítio): R. Peçaria (Caraúbas)		Nº	Complemento:	
Barro:	Cidade:	Estado:	Telefone: 8488933391	
Nome da Mãe: MARIA DA ASSUNÇÃO DE AGUIAR		Motivo da Procura:		
Assinatura do Servidor:				

ACOLHIMENTO: Emergência Urgência Não Urgência Acidente de Trabalho Acidente de Trânsito
 Acolhimento com Classificação de Risco: 1º grau Acidente de moto - Cefalóïd
 Quaisas: moto x moto com dor no Dm DM e escoriações leve
 Antecedentes Alérgicos: HIST. ALÉRGICO HIST. ALÉRGICO HIST. ALÉRGICO
 HAS DM Assinatura:  Classificação: 

ANAMNESE:					
EXAME FÍSICO:	Peso:	Temperatura:	Cº Fº C:	PA: 120x80	MHG: FP: HGT:
CONDUTA:	<input checked="" type="checkbox"/> Medicacão	<input type="checkbox"/> Observação	 15/05/2019		
 Dr. Erivan Júnior Médico CRM-RN 9880					

HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO:	Fratura de clavícula		OID:
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	<input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> Radiológico <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Outros:		Médico (Cetimbr/Assinatura)
Saída: Data/Hora:	1	as 12h15	
<input type="checkbox"/> Outra Unidade de Urgência	<input type="checkbox"/> Especialidade		<input type="checkbox"/> Internações no Hospital



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Rodrigues de Oliveira,
RG nº 003215329, data de expedição 27/03/14, Orgão Alfaz RW,

CPF nº 056.819.334-23, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo o verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, segundo, em anexo, documento comprovatório em nome de terceiro.

Logradouro (rua/Avenida/Praca)	<u>Rua Pelágio Guerra</u>
Número	<u>228</u>
Avto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Altô de Liberdade</u>
Cidade	<u>Mossoró</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59 780-000</u>
Telefone de contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>Não Possui</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mossoró-RN 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.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 023 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 09 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 072 12 06 | Central Ouvintiva: 0800 021 95 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=29636>

A Circular Susep¹ 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.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RÉSSEGURO; 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 9.613/98.

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 N° 069 069 334 / 69
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Andreia Carla de Araújo
inscrito (a) no CPF sob o N° 069 069 334 / 69, conforme determinação da Circular Susep 445/12.
Declaro Profissão: Recezor Renda: Recezor e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Pelágio Guerra</u>	Número:	<u>225</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Altos da Liberdade</u>	Cidade:	<u>Montaró</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:	<u>Não Possui</u>				
CEP:	<u>59 780 - 000</u>				
tel.(DDD):	<u>(84) 99827-0066</u>				

Local e Data: Montaró - RN 25/09/2019

Francisco Rodrigues de Oliveira
Assinatura do Declarante



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 2h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 99 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, José Maxsandro Araújo Melo

RG nº 003.506.036

data de expedição 28/12/18

Órgão SSP - RN

portador do CPF nº 076 675 684 - 05

com domicílio na cidade de Baraúna no Estado de

Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) prós. Armagedo 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

Andréia barba de Araújo

cujo o condutor era

Andréia barba de Araújo

Veículo: Moto

Modelo: Honda Pop 110i

Ano: 2017

Placa: UGF 0636

Chassi: 9C2JBD0300HR204306

Data do Acidente: 30/05/2019



Prêmio Ofício Unico

Caráteras

Ofício Unico

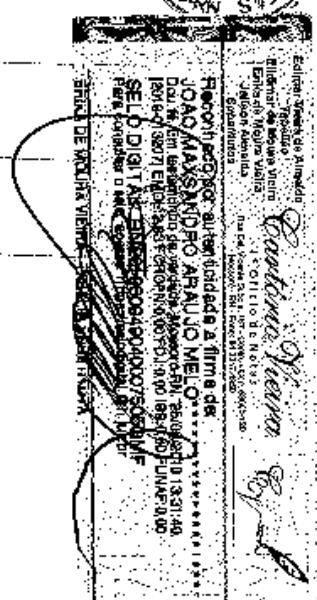
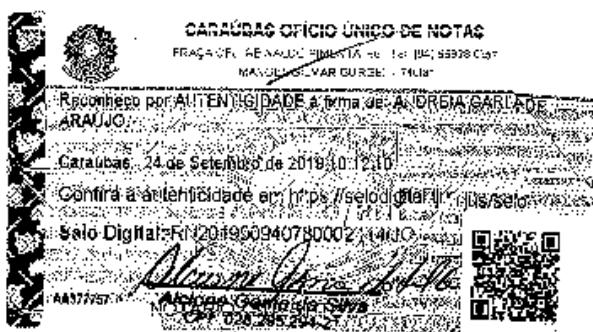
José Maxsandro Araújo Melo

Assinatura do Declarante

Andréia barba 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-CARAÚBAS-RN
O Amigo da Criança

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

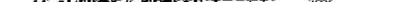
DADOS DO ATENDIMENTO		Data: 30/05/19	Hora: 11:33h	Atendimento nº:
Nome: AUREA CARLA DE ARAUJO		Idade: 36		Sexo: F
Data de Nascimento: 30/01/1983		Cartão SUS: 1111111111111111		
Profissão:		Nº identidade: 9.683.388		
Endereço (Rua/Av/Sítio): R. PECÔPIO COUTO		Nº	Complemento:	
Estado:	Brasil	Cidade: CACHOEIRAS	Estado: PR	Telefone: 61988939291
Nome da Mãe: MARIA DA ASSUNÇÃO DE FREITAS		Motivo da Procura:		
Assinatura do Servidor:				

ACOVIDAMENTO: Emergência Urgência Não Urgência Acidente de Trabalho Acidente de Trânsito

ACERTAMENTO: Emergência Orgânicos Não Orgânicos Gramíneas Pecuária Floresta

Quem fez: **QUEKES** Data: **2010-05-07** Horário: **11:21** Ponto: **ESTRADA DA FOLHA**

Antecedentes Alérgicos: 2 alérgicos familiares: 14.0% C. 21/10/2002 - 103

Assinatura:  Data:  Classificação: 

ANAMNESE:

HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO: <i>Febre de choque</i>	CID:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: <input checked="" type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> Radiológico <input type="checkbox"/> EGG <input checked="" type="checkbox"/> Outros:	Médico: (Carimbo/ Assinatura)	
Saída: Data/Hora: / / às / / h. <input checked="" 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





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



AUTORIZAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE HOSPITALIZAÇÃO

Nome do Usuário:

Andriuia Barla de Araujo.

CPF: 069.069.334-69 CNS: 707806690328416

Endereço: R. Pelígio Guerra - 928.

Alto da Liberdade, Caraúbas.

Procedimento Solicitado: Tratamento cirúrgico de fratura de clavícula + osteomia + nártrose.

Médico Solicitante: Dr. Thiago José G. Araujo.

Hospital: Hospital Municipal Dr. Paulo Gurgel.

Município: Nata

Williana Soárez Przedes
Secretaria Municipal de Saúde

Caraúbas/RN, 03/06/2019

FULL GRÁFICA | 84 3382.2022



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

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>Andrea Costa da Motta</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO				
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - MASCULINO	11 - FEMININO	12 - 1
13 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO				
15 - ENDEREÇO (RUA, N)	16 - MUNICÍPIO	17 - BAIRRO	18 - UF	19 - CEP	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Não é apresentada em ambiente agor, agor, trânsito, calambres, crises de fadiga de doméstico</i>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO <i>paciente com sintomas de fadiga de doméstico</i>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>exames normais</i>			
23 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL <i>Andrea Costa da Motta</i>	24 - CID PRINCIPAL <i>542.0</i>	25 - CID SECUNDÁRIO	26 - LAUDOS ASSOCIADOS
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Exames complementares</i>	28 - LEITO / CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Wellferdo Gurgel</i>
31 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>00000000000000000000000000000000</i>			32 - DT SOLICITAÇÃO <i>01/06/19</i>
			33 - CRM / CPF <i>00000000000000000000000000000000</i>
			34 - ASSINATURA E CARREGO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

35 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - BÔNUS
39 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	40 - CNPJ	41 -	42 -
43 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		44 - () GRAVE	45 - () FERIMENTADA
46 - CID PRINCIPAL			
47 - CID SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	49 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR (AII)
51 - DT AUTORIZ.	52 - DT AUTORIZ.	
53 - CRM / CPF		
54 - ASSINATURA E CARREGO (Nº REG. CONSELHO)	55 - ASSINATURA E CARREGO (Nº REG. CONSELHO)	



REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: 141995 N° ATENDIMENTO: 141995 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

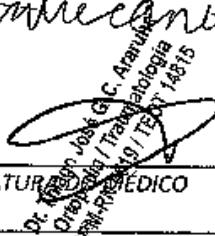
NOME: ANDREIA CARLA DE ARAUJO SEXO: FEMININO
DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1983 RG: 2623388 CPF:
FILIAÇÃO MÃE: MARIA DE ASSUNÇÃO DE BRITO
FILIAÇÃO PAI: MANOEL FABRICIO DE ARAUJO
ENDERECO: RUA PELAGIO GUERRA N° 228
BAIRRO: ALTO DA LIBERDADE CIDADE: CARAUBAS
ESTADO: RN CEP: 59780 000
FONE: 84 98738 8206 FONE: 84 98893 2391

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: MÉDICA ADMINISTRATIVA A PEDIDO EVASÃO OBITO
DATA: 11/06/19 HORA: ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

Paciente submetido a tratamento cirúrgico de fraturas de clavicula + osteotomia + transplante muscular ao nível do ombro.
evolução bem, ver evolução.



PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA

CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: 27/06/2019

L. Freitas



BOLETIM DE SAÚDE DE CIRURGIA - PRONTO-SOCORRO DA CLÍNICA BÁNICA - SÍDICE

PACENTE: ANDREIA KARLA DE ABREU

AUGUSTINE

卷之三

卷之三

CIRURGIA: FRATURA DE CLAVÍCULA + OSTEOSETOMIA + TRANSPOSIÇÃO MUSCULAR AO NÍVEL DO OMBRO		CONVENIO: SUS	
EQUIPE MÉDICA		COD. PROCEDIMENTO(S):	
CHURGIO: THIAGO JOSÉ GURGEL CÂMARA VIEIRINA - CRM 6619	EQUIPAMENTOS / TEMPO DE USO	ESSEGAZETRIA / TEMPO DE USO	DATA:
PR. ANEST: DR. ADRIEN HENRIQUE DA SILVA	BISTURI ELÉTRICO:		
2º PR. ALUMINAR:	CAPINÓGRAFO:	GÁS CARBÔNICO:	
3º PR. ALUMINAR:	ANESTESIOLOGIA	NITROGÉNIO:	HORA:
ANESTESTA: ORTOPEDICO / TRAUMATOLOGICO / MONITOR CARDIACO:	DR. Thiago José G. C. Andrade	Oº 508 CATETER:	
INSTRUMENTADORA:	CRM-RN 6619 CRM-RN 6619	OXÍM. DE PULSO:	TERMINO:
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SERRA ELÉTRICA:	CRISTAL ANTITRISTO:	SANGUE:
CATEGORIA: CROMADO 1.0	ATRACOJOS	SENOVOLARTE	
CATEGORIA: CROMADO 1.0	C. RAPAZ/VERMELHA 50MM/2ML	ALCOOL 70%	CAPA DE MODO
CATEGORIA: CROMADO 1.0	COAGULADOR	ALCOOL 40%	TUBO S/BALÃO 3.0
CATEGORIA: CROMADO 1.0	CLORETO DE SODIUM/PTOMED	DETERGENTE BÁZICO/ANTRACICO	
CATEGORIA: CROMADO 1.0	DESENGATE TISCARA 4MM	DESENGATE ENZIMATICO	ARROJELAS
CATEGORIA: CROMADO 1.0	DIPROSPAN	FORMOL	ASPIRADOR
CATEGORIA: CROMADO 1.0	DRAVAN 80%	PSILODÉTO 0.5% 150ML	CDERX POR ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	EEGEEBRA	PSILODÉTO 0.5% 250ML	CLAMATO ORTOPEDICO
CATEGORIA: CROMADO 1.0	EPINEFIRINA	PSICOSEDO 5% 250ML	DRIL ELETTRICO
CATEGORIA: CROMADO 1.0	FENESTRAL 50ML	SUCOCARD 5%500ML	PRO DE MACHAMER
CATEGORIA: CROMADO 1.0	FURUSANDA	SUCOCHE S/UM AMPOLHA	PROTE LUXE
CATEGORIA: CROMADO 1.0	GIGONIANO DE CÁCICO 10%	CATETER TPO. OXIMOS	FRASCO ENERGIA
CATEGORIA: CROMADO 1.0	HIDROCOR/PTOMA 50ML	COLETOR DE URINA FECHADO	GRANICO
CATEGORIA: CROMADO 1.0	IPSILON 16	COMPRIMESA CHURGICA	GRUPO/AM
CATEGORIA: CROMADO 1.0	LEADER	ELETRODOS	GRAMARO
CATEGORIA: CROMADO 1.0	LEMON 4MM	ESOFAGA S/AN	HASTER
CATEGORIA: CROMADO 1.0	METOCLOPRAMIDA	ESOFAGA/ANTRIC	LÂMINA DE SHAYER
CATEGORIA: CROMADO 1.0	MIRAMIC	EQUIPO P/ ARROSCOPIA 4 MMAS	ESGAMENTO SINTETICO
CATEGORIA: CROMADO 1.0	ONDAS/ETRONA	EQUIPO P/ SANGUE	PARRAF. INFER. TRAUME
CATEGORIA: CROMADO 1.0	PROSTIGMINE	ESCOVA DESCARTAVEL	PARRAF. ANTER. ANTORA
CATEGORIA: CROMADO 1.0	PROSTIGMINE	ESCOVA SECA	PARRAFISO CANULADO
CATEGORIA: CROMADO 1.0	RAWTIBINA	ESPADRAGO 15CM	PARRAFISO CORTICAL
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SELOKEN 5 MG / 5ML	GASES GIGO PCT 20	PARRAFISO ESPORTIVO
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SELOKEN 5 MG / 5ML	GORRO DESCARTAVEL	
CATEGORIA: CROMADO 1.0	THOMI	LUNAS DE PROTEGIMENTO	
CATEGORIA: CROMADO 1.0	THOMI	ELCO	PARRAFISO TRANSVERSO
CATEGORIA: CROMADO 1.0	THOMI	Nº 20	PINO
CATEGORIA: CROMADO 1.0	LAMINA DE BISTURI	UNAS ESTÉREIS	PINO DESLIZANTE
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	MASCARA	PLACA
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	MÁSCARA DESCARTAVEL	PLAST ANEL 1.4
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	MICROFONE	PROTESE
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	MICROFONE LARGO	SURGEEI
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	POLIFIX 2 MM	SONDAS
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	PRO-FIX	SERINGA DESC. KOML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 2ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 3ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 4ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 5ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 6ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 7ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 8ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 9ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 10ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 11ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 12ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 13ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 14ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 15ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 16ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 17ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 18ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 19ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 20ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 21ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 22ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 23ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 24ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 25ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 26ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 27ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 28ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 29ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 30ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 31ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 32ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 33ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 34ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 35ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 36ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 37ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 38ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 39ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 40ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 41ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 42ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 43ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 44ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 45ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 46ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 47ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 48ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 49ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 50ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 51ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 52ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 53ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 54ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 55ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 56ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 57ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 58ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 59ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 60ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 61ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 62ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 63ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 64ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 65ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 66ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 67ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 68ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 69ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 70ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 71ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 72ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 73ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 74ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 75ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 76ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 77ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 78ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 79ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 80ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 81ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 82ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 83ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 84ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 85ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 86ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 87ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 88ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 89ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 90ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 91ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 92ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 93ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 94ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 95ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 96ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 97ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 98ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 99ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 100ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 101ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 102ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 103ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 104ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 105ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 106ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 107ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 108ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 109ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 110ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 111ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 112ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 113ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 114ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 115ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 116ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 117ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 118ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 119ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 120ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 121ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 122ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 123ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 124ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 125ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 126ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 127ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 128ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 129ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 130ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 131ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 132ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 133ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 134ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 135ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 136ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 137ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 138ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 139ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 140ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 141ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 142ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 143ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 144ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 145ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 146ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 147ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 148ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 149ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 150ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 151ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 152ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 153ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 154ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 155ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 156ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 157ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 158ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 159ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 160ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 161ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 162ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 163ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 164ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 165ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 166ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 167ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 168ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 169ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 170ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 171ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 172ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 173ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 174ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 175ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 176ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 177ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 178ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 179ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 180ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 181ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 182ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 183ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 184ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 185ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 186ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 187ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 188ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 189ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 190ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 191ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 192ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 193ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 194ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 195ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 196ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 197ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0	SCOPES	SCOPES	SERINGA DESC. 198ML
CATEGORIA: CROMADO 1.0			

DESCRICAO DO ATO CIRURGICO

PACIENTE EM POSIÇÃO DE CADEIRA DE PRAIA + SOB BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL E SEDAÇÃO + ANTESEPSIA E ASSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS + INCISÃO SOBRE CLAVÍCULA ESQUERDA + DIVISÃO POR PLANOS
osteotomia para expor, reduzir e fixar fratura de clavícula esquerda com placa e parafusos
transposição muscular ao nível do cíngulo
sutura por planos + curativo + tiqueia

ASSASSINATO DO CARINHO DO MÉDICO

TECHNIQUE OF ANESTHESIA

ANESTESIA TÍPO BLOQUEO DE TRONCO BRAQUIAL E SÉRICA

Dr. Artur Henrique C. da Silveira
Anestesiologista
CRM-RN 6607 CPF 053.882.554-30





PROTÓCOLO DE ENFERMAGEM
Dr. Paulo Gurgel

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Andrea Paula 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

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO ÁGUA? () Não Sim Início 08:00 PESO: 63 Kg Altura: 153 cm

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

ALERGIAS: NÃO () SIM: N/A

DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()

Marca passo () Outros: _____ Medicações de uso frequente: _____

Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não Sim

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

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

Anotações de Enfermagem: _____

Conferido informação acima por: Andrea Paula de Araujo Admitido na sala: _____ Hora: _____
CORRERÁM 14:15:16

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta: Fratura clavícula R

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



OPME: () NÃO () SIM, qual

1 Pisco 3 nico DEP

02 PF 14

03 PF 16 corticais

01 PF 22

Anotações de Enfermagem e Intercorrências 3/

Início da cirurgia: 15:10 Termino da cirurgia: 15:55

CIRURGIÃO Thiago ASSISTENTE: _____ ANESTESIOLOGISTA Arthur
INSTRUMENTADORA Rejane + CIRCULANTE: elio ENFERMEIRA: Elza

Resolto

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

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

Cateter de O2 () TQT () 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 () AVC () SNG () SVD FECHADA () DRENOS () CURATIVOS LIMPO ()

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

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

ENCAMINHADO: () Enfermaria () UTI () Alta Hospitalar () Outros _____

Anotações de Enfermagem :

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ENCAMINHADO POR: Thiago Bento do Nascimento HORA: 16:40
06/06/2020 14:30:57Z

Pronto-clínica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

UNITEC: *Archia Corde do Brasil*
FONÓSTICO MÉDICO: *clav. (E)*

MÉDICO: *Thiago*
SETOR: *Almoço* LEITO: *303C*
IDADE: *36*

ACEDÊNCIA: DOMICILIAR HOSPITALAR: QUAIS:

doença

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: *Não*

EVOLUÇÃO *10/06/19* HORÁRIO: *12h*

PECTO GERAL

CONSCIENTE ORIENTADO ALGO ORIENTADO
AVIVO CREATIVO HIPOATIVO
HIPERTÔNICO HIPOTÔNICO
COMATOSO SEDADO ANASARCA EDEMA

VENTILAÇÃO

O2 AMB IMV _____ % HOOD:
 ENTUBADO TOT N° _____
OBS: _____

ESSO VENOSO (Local e data de inserção)

PF6

ELIMINAÇÕES

DIURESE
 ESPONTÂNEA SVA A CADA:
 HEMATÚRIA OLIGÚRIA ANÚRIA
 POLIÚRIA SVD _____ /
ASPERCETO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

ESPONTÂNEA
 ESTÍMULO: _____
 AUSENTES _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMÉ
 FLACÍDIO GLOBO SEMI GLOBO
 DISTENDIDO DOR A PALPAÇÃO
 TÍMPANICO MACIÇO RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

DEAMBULANDO CADEIRA DE RODAS
 SOBRE MACA MULETA

DIETA

AO SEIO ORAL/COPINHO GTM
 SOG/SNG _____ /
 RESÍDUO GÁSTRICO: _____
 ZERO VOMITO _____ vezes

SERVIAÇÕES: *Até pela noite hz 13 dias.*

Reabido 3 gel de Rx + 10 tab. colchonete

*10/06/2020
09:55:4066*

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO *11/06/19*

HORÁRIO: *23h*

PECTO GERAL

CONSCIENTE ORIENTADO ALGO ORIENTADO
AVIVO CREATIVO HIPOATIVO
HIPERTÔNICO HIPOTÔNICO
COMATOSO SEDADO ANASARCA EDEMA

VENTILAÇÃO

O2 AMB IMV _____ % HOOD:
 ENTUBADO TOT N° _____
OBS: _____

ESSO VENOSO (Local e data de inserção)

*AVP
AVC
Ricolet
Scalp*

ELIMINAÇÕES

DIURESE
 ESPONTÂNEA SVA A CADA:
 HEMATÚRIA OLIGÚRIA ANÚRIA
 POLIÚRIA SVD _____ /
ASPERCETO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

ESPONTÂNEA

PELE
 HIDRATADA 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 BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES: ** RAIOS X OS de
de AOS CUIDADOS.*

ASPECTO GERAL
 CONSCIENTE ORIENTADO ALGO ORIENTADO _____
 ATIVITIVO REATIVO HIPOTÁTICO
 HIPERTÔNICO HIPOTÔNICO
 COMATOSO SEDADO ANASARCA EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

AVP: _____
 AVC: _____
 Jetco: _____
 Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB
 HV _____
 BI _____
 ATB _____
PELE
 HIDRATADA 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 BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES: ** S/A*

ESTÍMULO: _____
 AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMÉ
 FLACIDO GLOBOSE SEMI GLOBOSE
 DISTENDIDO DOR A PALPAÇÃO
 TÍMPANICO MACIÇO RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

DEAMBULANDO CADEIRA DE RODAS
 SOBRE MACA MULETA

DIETA

AO SEIO ORAL/COPINHO GTM
 SOG/SNG _____
 RESÍDUO GÁSTRICO: _____
 ZERO VOMITO _____ vezes

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

HORÁRIO: 04:30:00

VENTILAÇÃO

HO2 AMB MV _____ % HOOD: _____
 ENTUBADO TOT N° _____
 OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE

ESPONTÂNEA SVA A CADA: _____
 HEMATÚRIA OLIGÚRIA ANÚRIA
 POLIÚRIA SVD _____
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

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

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMÉ
 FLACIDO GLOBOSE SEMI GLOBOSE
 DISTENDIDO DOR A PALPAÇÃO
 TÍMPANICO MACIÇO RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

DEAMBULANDO CADEIRA DE RODAS
 SOBRE MACA MULETA

DIETA

AO SEIO ORAL/COPINHO GTM
 SOG/SNG _____
 RESÍDUO GÁSTRICO: _____
 ZERO VOMITO _____ vezes

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM VI

PACIENTE: Audrelio Coria 100000
APTO.: _____ N° 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	Jornalista entre setor Rotatória entre as ruas rendeira sobr. Restaurante Conver- gente Floraícola E. Carneiro te comunitária, O. cultivo é o que é. O. Relatório de exames lab. escudo. Nada deido.	Magnolia Cintra da Costa COREN/PR 468.662-TE
11/06/19	14:00	Pct. vacin av c. c. Irmão Ben Antônio.	Waldene Oliveira Ferreira COREN/PR 468.662-TE
11/06/19	18:00	Retorno av c. c.	Waldene Oliveira Ferreira COREN/PR 468.662-TE
11/06/19	20hs	Adm med cefoxitina 400mg IFR + 50ml Abs EV.	Core Ana Paula R. Souza C. Silva COREN/PR 1.288.597-TE
11/06/19	22hs	Adm med cefazolina IFR +50ml SF 0,9% EV + dipirona 1amp + 1,8ml ml Abs EV.	Core Ana Paula R. Souza C. Silva COREN/PR 1.288.597-TE
12/06/19	04hs	Adm med cefazolina IFR +50ml SF 0,9% EV + dipirona 1amp + 1,8ml Abs EV	Core Ana Paula R. Souza C. Silva COREN/PR 1.288.597-TE
13/06/19	10h	Adm. Cefazolina 1 FA +500ml SF Adm. dipirona amp + abs	Edilson Gomes de Mello COREN/PR 498.034-TE
12.06.19	13:20	Realizado troca de curativo, nova curvado em classe de "E" conforme prescrição médica	Jailson Nunes da Silva COREN/PR 1.288.597-TE
12/06/19	13:10	Placente saiu de alta hospitalar acompanhado de Jamiluanis + Irmão Irmão seus parentes.	Edilson Gomes de Mello COREN/PR 498.034-TE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: ANDREA KARLA DE ARAUJO APTO/END: 1105/21
REGISTRO: CONVENIO: SUS DATA:

PREScrição		HORARIOS
SEPINGA 10 cc		
SEPINGA 20 cc		
EQUIPO MICROSCOPAS		
EQUIPO P/B		
EQUIPO P/SANEBE		
JELOU N°		
SCALP N°		
POLIFIX		
LJVA PROCEDIMENTO	04	
LJVA ESTER. N°		
GASES ACT		
ESPARADRAO		
MICROPORE		
PVPA		
ETER		
ALCOOL 70%		
ALGUDÃO BOMA		
AGUJHA DESC.		
CRONOM. N°		
ALGODÃO DORT.		
CRACOL. n°		
ROMADA		
SONDA DE FOLEY		
SONDA NASO		
SONDA URETRAL		
LAMINA BISTURI		
ELETRO. EDO		
MASC. DESCAT		
SORO FISIO. 0,9%		
FITA HGT	04	

REC FARMACIA RECIBO

RECIBO





- II Andreia Costa de Araujo
- Chegou 3 dias atras
 - numero de 13h
 - Ficou a noite de 6h
 - Chegou no dia no dia 08h

XERX,

— AG, (P.D, cartao < V.S. >
comprovante de Andreia

STAV - 1001
DATA DE EMISSAO: 01/06/2020
NOME DO PROFISSIONAL: CLÍNICA CONCEIÇÃO GURGUARUNA
CRM: 33390

RUA: BEVENUTO SIMÕES, 17 - BAIRRO: CENTRO - CARAÚBAS/RN
ATENDIMENTO: (84) 9.9674-0808 clinicaconceicaoaracuna





PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

Evolução Médica

PACIENTE:	<i>Antônio Lobo</i>	REGISTRO Nº	
APTO.:		CONVENIO	
MÉDICO:			

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MÉDICA
19/06/19 15:10h	<p>Admitido paciente com queixa de dor no lado esquerdo, com intensidade 7/10, tratamento com analgésico.</p> <p>Dr. Thiago José C. Marques Ortopedia / Traumatologia CRM-RN 6613 / TECR 14815</p>
19/06/19 16:00h	<p>No exame físico, paciente apresentando dor intensa no lado esquerdo, com intensidade 8/10, com rigidez articular e limitação de movimento do membro.</p> <p>Dr. Thiago José C. Marques Ortopedia / Traumatologia CRM-RN 6613 / TECR 14815</p>
19/06/19 10:22h	<p>Paciente com dor intensa no lado esquerdo, com intensidade 9/10, com rigidez articular e limitação de movimento do membro.</p> <p>Dr. Thiago José C. Marques Ortopedia / Traumatologia CRM-RN 6613 / TECR 14815</p>





PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

NOME:

CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

APTº 103C

NOME: Livia Karina Souza Souza REG.: _____

MÉDICO: _____

CONVÉNIO: _____

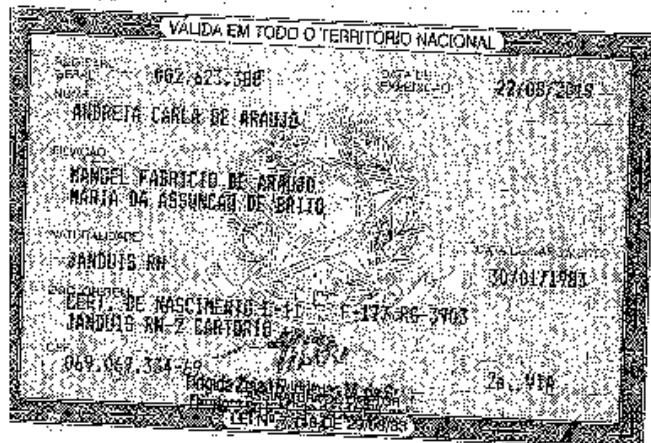
PIA: 17/06/2020 HORAS: 10h45m PRESSAO ARTERIAL: 100x80 RESPIRAÇÃO: 16N TEMPERATURA: 36,48

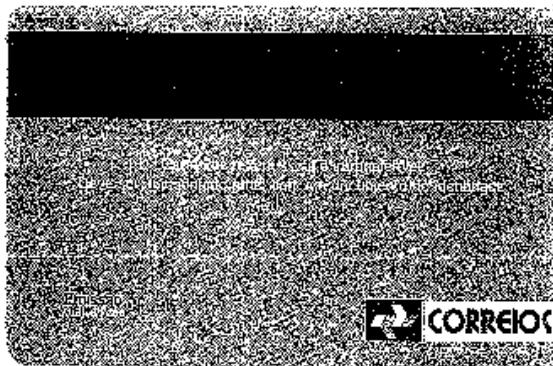
PIA: 18/06/2020 HORAS: 10h22 PRESSAO ARTERIAL: 100x80 RESPIRAÇÃO: 16N TEMPERATURA: 36,0

PIA: 19/06/2020 HORAS: 10h19 PRESSAO ARTERIAL: 100x80 RESPIRAÇÃO: 16N TEMPERATURA: 36,1

PIA: 20/06/2020 HORAS: 10h19 PRESSAO ARTERIAL: 100x80 RESPIRAÇÃO: 16N TEMPERATURA: 36,1

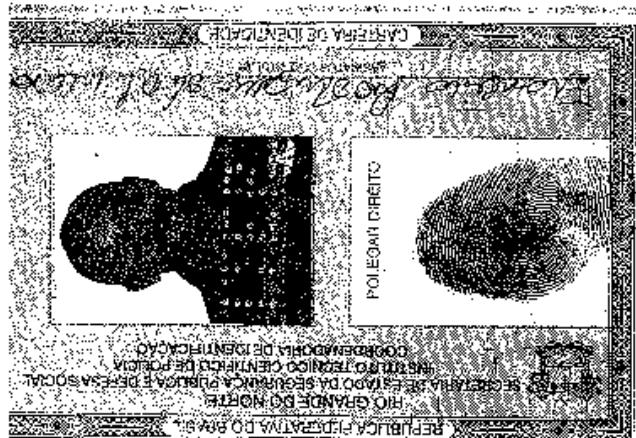
PIA	HORAS	PRESSAO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VOMITO	DIURESE	EVACUAÇÃO	ASSINATURA
17/06/2020	10h45m	100x80	16N	36,48	-	-	-	-	-	<i>Livia Karina Souza Souza</i>
18/06/2020	10h22	100x80	16N	36,0	-	-	-	-	-	<i>Livia Karina Souza Souza</i>
19/06/2020	10h19	100x80	16N	36,1	-	-	-	-	-	<i>Livia Karina Souza Souza</i>
20/06/2020	10h19	100x80	16N	36,1	-	-	-	-	-	<i>Livia Karina Souza Souza</i>





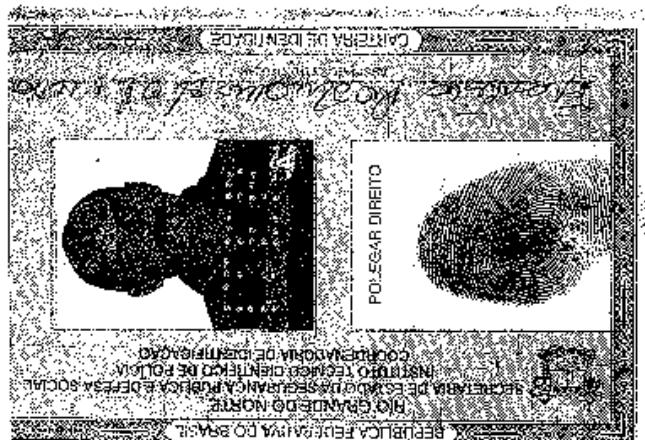
Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 10/06/2020 17:43:43
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061017434315000000054470364>
Número do documento: 20061017434315000000054470364

Num. 56663822 - Pág. 42



For $\theta^k v^{AB\theta^A\theta^B}$





REPU B LICA FEDERATIVA DO BRASIL					
MINISTÉRIO DAS CIDADES					
DETRAN - RN 1102 // 00120 N° 014527839256					
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO					
VIA	CDR. RENAVAM	R.N. T.R.C.	EXERCÍCIO		
1	01035120396	*****	2019		
NOME					
JOÃO MANGAÚRO ARAÚJO NEGRE					
CPF / CNPJ			PLACA		
076.678.664-05			QGF0636		
PLACA ANO / UF			CHASSI		
QGF0636/RN			9C24SD900BR305106		
ESPECIE TIPO			COMBUSTÍVEL		
PASSEIROS / MOTOCICLETA / NÃO APLICA/VE			GASOLINA		
MARCA / MÓDULO			ANO FAB.		
HONDA / PCX 110I			2016		
CAP / POF / CIL			ANO KILOM.		
0CV/169 CILINDRÍNDAS			COR PREDOMINANTE		
PARTICULAR			PRETA		
COTA ÚNICA			VENC. COTA ÚNICA		
P	R\$ 0,00	02/05/2019	1 ^º	PAGO	
V	FAIXA IPVA	PADCELAMENTO / COTAS	2 ^º	PAGO	
A	059.293-38	R\$ 4*****	3 ^º	PAGO	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) / IDP (R\$)			PRÉMIO TOTAL (R\$) / DATA DE PAGAMENTO		
** TAXAS DEVIDAS: PAGO			DPVAT: PAGO		
OBSERVAÇÕES					
MOTOR: 4B010070204259					
CARABUAS / RN			DATA		
Gabinete Diretora do Sítio Coordenador de Registro de Veículos			02/05/2019		
DEPART. DE:					

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, À PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT		
RN NP 014527B39256 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 <input type="text" value="2019"/> DATA EMISSÃO <input type="text" value="02/05/2019"/>		
VIA <input type="text" value="1"/>	CPF / CNPJ <input type="text" value="026.675.003-05"/>	PLACA <input type="text" value="OGE 0636"/>
ENDERECO <input type="text" value="03095720306"/>	MARCA / MODELO <input type="text" value="HONDA/POP 110i"/>	
ANO FAB. <input type="text" value="2016"/>	ANO PFF <input type="text" value="6"/>	Nº CHASSI <input type="text" value="SC1J801G0BR24106"/>
PRÉMIO TARIFÁRIO		
VALOR PREMIOS <input type="text" value="100,00"/>	VALOR PREMIO <input type="text" value="100,00"/>	VALOR PREMIO <input type="text" value="100,00"/>
VALOR PREMIO <input type="text" value="100,00"/>	VALOR PREMIO <input type="text" value="100,00"/>	VALOR PREMIO <input type="text" value="100,00"/>
PAGAMENTO	<input type="checkbox" value="COTA ÚNICA"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox" value="PARCELADO"/> PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO <input type="text" value="02/05/2019"/>		
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.216.600/0001-04		



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Nome: Andreia Barba de Araújo
Nacionalidade: Brasileira
Profissão: Agricultora
Identidade: 2.623.388
Endereço: Rua Peláez Guerra 228 bairro RN
Estado Civil: Solteira
CPF: 069.069.334.69

OUTORGADO

NOME: Francisco Rodrigues de Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Agricultor
IDENTIDADE: 001.275.329 CPF: 056.819.334-23
ENDERECO: Rua Pelagio Guerra 228 bairro das
NOME DA VITIMA: Andreia Paula

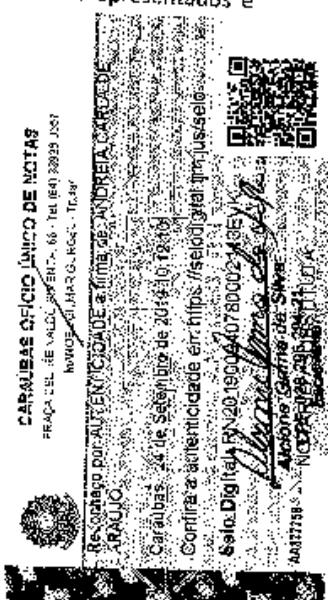
Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

CARABUBAS
OPICIO UNICO

Montero RV 25/09/2039
LOCAL DATA

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO RODRIGUES DE OLIVEIRA

GERCIA LOURENCO DA SILVA



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. 47

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 médica-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



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. 48