

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00756

CONTA: 000000049416-2

Nr. da Autenticação 51BC149A461FDC7E

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 155, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-280
CNPJ 08.324.198/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 584 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

CICERO ANTONIO DA SILVA

CPF: 170.198.634-00

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV AMERICO MACEDO 351

CENTRO/AREA URBANA
59050-000 ASSU RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

02/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

13/12/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

13/12/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

016513326

Série: U

CONTA CONTRATO

000268861017

Nº DO CLIENTE

300324364

Nº DA INSTALAÇÃO

000000857

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

F094.5072.0219.BF43.502D.E3BC.AC52.7083

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,20541076	6,16
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,35213277	24,64
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,52019918	63,38
Consumo Ativo superior a 220 kWh	14,00	0,58650795	8,21
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,33
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,40
ICMS-Parcela Subvencionada			7,34
Multa por atraso-NF 013719356 - 15/10/18			2,59
Atraso por atraso-NF 013719356 - 15/10/18			0,82
Atualização IGPIM-NF 013719356 - 15/10/18			5,58
TOTAL DA FATURA			129,36

Até 15 dias, débitos existentes causarão corte.

Variante	De	Para	Valor
30/11/18	12/12/18		121,89

Este comunicado NÃO substitui avisos de débitos anteriores e NÃO contém informações em discussão judicial. Caso o pagamento do fornecimento por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também ocorrer cobrança conforme os critérios definidos no Art. 96 REN 414/2010. Podem ocorrer cortes de cobrança, bem como inclusão nos registros de inadimplência (SPC e SERASA).

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,10101432
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,27048096
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,41022368
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,46014704

HISTÓRICO DO CONSUMO

Mês	Consumo (kWh)
DEZ 18	334
NOV 18	226
OUT 18	242
SET 18	241
AUG 18	244
JUL 18	230
JUN 18	228
MAI 18	237
ABR 18	246
MAR 18	253
FEV 18	232
JAN 18	234
DEZ 17	287

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor	%
Variação de Energia	98,21	96,48
Tratamento	5,69	5,44
Distribuição (Custos)	35,31	35,89
Energia Solar	4,65	3,61
Tratado	25,19	21,39
Perdas de Energia	7,12	5,47
TOTAL	102,07	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
103,61	18,00	18,64	103,61	0,65	0,67
			103,61	2,77	2,88

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00090000000720883	CAT	13/11/2018	24.368,99	13/12/2018	24.093,06	30	1,09935	0,36	234,00

ÍNDICE PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/01/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
out/2018					
DIC-Nº de horas sem Energia	ACU	0,00	0,00	16,00	21,73
DEC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,33	0,00	13,33
DEC-Duração máxima da interrupção contínua		0,00	2,11	0,00	0,00
DEC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite teórico: 12,22
EUSO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 37,00					
Todo Consumidor pode solicitar a suspensão das interrupções DEC, PIS, SMC e DECRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: mercadinho da construção: rua joão celso filho, 1045, sao joão / supermercado cd: rua poetisa alice wanderley, 383, centro. lista completa em www.csaem.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(a.m.) Lei 10.438/02 e atualização monetária no próx. mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.436 de 2004/02 - R\$ 41,14.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE ADU

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000268861017	12/2018	0,00	02/01/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, JAGO FELIPE DE MOURA DA SILVA
RG nº 2764540, data de expedição 15/12/2005
Órgão SP/RN, portador do CPF nº 108.811.144-05
com domicílio na cidade de AGU, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA SEBASTIÃO AUGUSTO DE SOUZA, nº 15
complemento LASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
FRANCISCO DE ASSIS BERTO DA SILVA
Veículo: MOTO Modelo: HONDA/CB 300R Ano: 2012
Placa: NOG 0335 Chassi: 962N143106R043622
Data do Acidente: 12/11/18

Local e Data:

AGU 08 DE MARÇO DE 2019

CARTÓRIO RIVANILDO

Jago Felipe de Moura da Silva

Assinatura do Declarante

X Francisco de Assis Berto da Silva

Assinatura do Condutor

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



CARTÓRIO DO PRIMEIRO OFÍCIO
(Cartório Rivaniildo)
RECONHEÇO por autenticidade (stare)
Firma(s) () supra () infra () retro () à margem
de Jago Felipe de Moura da Silva
Em 08 MAR 2019
Número de 02 indicação por meio de
número do(a)
ASSU (Rev) de verificação
Em testemunha de verificação
Pirajá Maria da Costa Corralino Lessa
Escritor(a) Autorizada



CIRURGIA GERAL - LARANJA

Paciente: 26780 - LUCELIA BARBOSA DA SILVA (35 a 8 m 12 d)

Nascimento: 28/02/1983

Natural: ACU BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 708601569841483

CPF: 06604836452

Prof:

Mãe: MARIA DO SOCORRO BARBOSA DA SILVA

Pai: CICERO ANTONIO DA SILVA

Logradouro: TRAV AMERICO MACEDO, 3510

CEP: 59650000

Bairro: ACU

Cidade: ACU

Telefone: 84.96603545 84 96603545

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: ASSU. DR. THIAGO.

Classificação: 12/11/2018 05:24:06 PESO:

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

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR E FRATURA FECHADA EM FÊMUR E GLASGOW 15.

Hora: 12:00

Trançada pelo SAMU, vítima de queda de moto, atingida e sem lesões. Confinada com fratura exposta e imobilizada em gesso.

A- VA pleural com CC e PA

B- MV e r. normal, r. RA SAT: 98%

C- FE 92 PA 130/80

D- ECG IS DIFER

E- Sinais de derrame exp. Múltiplas fraturas e lesões de pele. Fratura exposta e com gesso. Múltiplas hematomas e lesões de pele.

H- Politrans

CD: TC crânio + tórax + abd. superior + M. e P. - R. MZ E. LAB

Diagn. Inicial: Fratura de fêmur e fratura de fêmur e fratura de fêmur

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
- Epilobina 2g EV			
- 2 Anest. venosa 100mg			
- Paracetamol 1000mg EV			

*Saída: - () Decisão médica; () Outro Serviço; () Evasão; () Óbito () Interna: CID _____

Proc. _____

Data: ___/___/18. Hr: ___:___ Ass. Médico: _____

Arterio TC Torax, dilata e pto. sem lesão em menor grau. Se líquido livre dilata e
 neoplasias, se lesões opacas e fixas, logo. mas em TC se
 este mata se da dilata, Torax e o tipo

12. Agente relacionado do Neurocirurgia e ortopedias
 se deus cadentes pelo cirurgião geral

Dr. Guilherme Almeida
 Cirurgião Vascular
 CRM RJ 6677

Imunobiologia. Chisom 12/11/10
 Tumor, na parte de cima de uma de uma. Agente patológico
 16. local do feto (1) e comprometimento das partes
 perifericas (periferia 2 4 km parte) neuro. parietal. Fratura isolada
 superior da tibia. Neurocirurgia e ortopedias.
 CD - Injúria p. lesão cirurgica. Cod. 010305060-3
 010303

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORO
 SAME/ARQUIVO

15.

Relato de uma cirurgia de TC, 1/10/10

Fora.

TC de torax e abdome com lesões neurocirurgicas
 de lesões de TC

VARICELA 8.5.10

Pro Arteria, lesões postivas de pulso
 TIBIAS ANTERIORES E POSTERIORES.
 HA' GEA NEUROLOGIA DISTAL

Dr. Raimundo Almeida de Oliveira
 Cirurgião Geral e Vascular
 CRM 2534



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **LUCELIA BARBOSA DA SILVA** (Fia: **4882/2018**), CPF:06604836452.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 12 de Novembro de 2018.

Lúcelia Barbosa da Silva

Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - N. V. E. P.

DATA 06/11/18

Assinatura

CCIH - HRTM

DATA 28/12/18

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
A CONFORME O ORIGINAL
MOSSORÓ
SAMEJARQUIVO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2503689
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
LUCELIA BARBOSA DA SILVA (8 - 4882/2018)	204489			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RAÇA/COR	10.1 - ETNIA
708601569841483	28/02/1983	Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 3	PARDA	
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
MARIA DO SOCORRO BARBOSA DA SILVA	DDD 84 96603545	LUCELIA BARBOSA DA SILVA	DDD 84 96603545	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				
TRAV AMERICO MACEDO, 3510 / - ACU				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP	
ACU	240020	RN	59650000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
<i>Ata rotina rotineira, com aumento de peso, gatilho de queda e lesão da sinfise púbica com abertura mais de 4 cm.</i> <i>HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORO</i> <i>Ata Cirúrgica</i> <i>Grande fratura / fratura</i>
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

LUXAÇÃO DO JOELHO

24 - CID 10 PRINCIPAL S83.1
25 - CID 10 SECUNDÁRIO
26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DO JOE	408050683		
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
CIR	2	() CNS (X) CPF	01397815482
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
FRANCISCO ROBSON DA SILVA COSTA	12/11/2018	<i>Dr. Robson da Silva Costa</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>Dr. Do Joao</i> <i>Dr. Do Joao</i> <i>Dr. Do Joao</i>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
			42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR	47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
LIGINEY LINO DE OLIVEIRA		
48 - DOCUMENTO	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
(X) CNS () CPF	980016001835565	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: **4882 /2018**

Prontuário: **204489**

Paciente: **26780 - LUCELIA BARBOSA DA SILVA**

Cartão SUS: 708601569841483

CPF: 06604836452

Dt Nasc: 28/02/1983

Idade: 35 anos 8 meses 12 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA DO SOCORRO BARBOSA DA SILVA

Nome do pai: CICERO ANTONIO DA SILVA

Rua/Av: TRAV AMERICO MACEDO

Nº: 3510

Complemento:

Bairro: ACU

CEP: 59650000

Cidade: ACU

Telefone: 84 96603545 84 96603545

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Unidade: OBS FEMININA

Leito: 1. 25E

Responsável: LUCELIA BARBOSA DA SILVA -

Usuário: ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS

Admissão: 12/11/2018 06:43:08

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S83.1 - LUXAÇÃO DO JOELHO

408050683 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO
SAME ARQUIVO

MOSSORO, 12 de Novembro de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Luciana Barbosa de Lima Reg Nº 28.44.89

Diagnóstico pré-operatório: fratura de tíbia com fratura de fêmur +

Indicação terapêutica: deformidade da tíbia +

fratura de fêmur + deformidade da tíbia +

INTERVENÇÃO

Início: 10h Fim: 12h Duração: 2h

Operador Dr. Rodrigo Jales Barreto

1ª Auxiliar: Dr. Antônio Pinheiro

2ª Auxiliar: Dr. Antônio Pinheiro

3ª Auxiliar: Dr. Antônio Pinheiro

Instrumentador: Dr. Francisco

Anestesista: Dr. Dagane

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANEARQUIVO

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

1) fratura de tíbia com fratura de fêmur
2) fratura de tíbia com fratura de fêmur
3) fratura de tíbia com fratura de fêmur
4) fratura de tíbia com fratura de fêmur
5) fratura de tíbia com fratura de fêmur
6) fratura de tíbia com fratura de fêmur
7) fratura de tíbia com fratura de fêmur
8) fratura de tíbia com fratura de fêmur
9) fratura de tíbia com fratura de fêmur
10) fratura de tíbia com fratura de fêmur

11) Sutura + unção

12) fratura de tíbia com fratura de fêmur
13) fratura de tíbia com fratura de fêmur
14) fratura de tíbia com fratura de fêmur
15) fratura de tíbia com fratura de fêmur
16) fratura de tíbia com fratura de fêmur
17) fratura de tíbia com fratura de fêmur
18) fratura de tíbia com fratura de fêmur
19) fratura de tíbia com fratura de fêmur
20) fratura de tíbia com fratura de fêmur

Dr. Rodrigo Jales Barreto
Ortopedia e Traumatologia
Cir. Do Joelho
CRM 14759-FEGT-11



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Lucela Reg Nº 20.44.89

Diagnóstico pré-operatório: Fratura simples fechada

Indicação terapêutica: Redução e fixação

INTERVENÇÃO

Início: 08h Fim: 10h Duração: 02h

Operador: Dr. Manoel

1ª Auxiliar: Enferm.

2ª Auxiliar:

3ª Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: Dr. Manoel

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME/ARQUIVO

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

(x) Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

Incisão em J no dorso da

perna de 10cm

Redução e fixação

com fio

de 1/2

de 1/2

Dr. Manoel Fomenteiro da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO DO TRABALHO
CRM 2995

10
11
12

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: LUCÉLIA BARBOSA DA SILVA 35 ANOS

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 302.1

DATA DA ADMISSÃO: 12/11/18 ASSU-RN Código: 26780

DATA	EVOLUÇÃO
13/11/18	1 DIH: LUXAÇÃO EXPOSTA DE JOELHO E + ABERTURA DA SINFISE PUBICA EM USO DE F.E. REFERE DOR. DIURESE FISIOLÓGICA. Neurovascular sem alteração. CD: VPM AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA AGUARDO PRE-OP ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM A CIRURGIA VASCULAR

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ES. AL. ...
SANE. MO...
E O ORIGINAL
[Assinatura]
S... ..

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE	<i>Refeição</i>
2	SFO,9% 1000ML EV PARA 24H	<i>8 22</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<i>10 16 22 04</i>
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H	<i>10 16 22 04</i>
5	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	<i>10 16 22 04</i>
6	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEIUM	<i>06</i>
7	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	<i>10</i>
8	TILATIL 40MG + ABD EV 1X/DIA	<i>10</i>
9	TRAMAL 100MG + 100ML SFO,9% EV 8/8H	<i>14 22 06</i>
10	CURATIVO DIÁRIO	<i>ciente</i>
11	SSVV+CCGG	<i>ciente</i>

[Assinatura]
D. ...
MEDICO ...
CR ...

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: LUCELIA BARBOSA DA SILVA 35 ANOS

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 302.1

DATA DA ADMISSÃO: 12/11/18 ASSU-RN Código: 26780

302-1

DATA	EVOLUÇÃO
20/11/18	8 DIH: LUXAÇÃO EXPOSTA DE JOELHO E + ABERTURA DA SINFISE PUBICA EM USO DE F.E. REFERE DOR, (APRESENTOU 01 EPISODIO DE FEBRE.) - o seu efeito DIURESE FISIOLÓGICA. Neurovascular sem alteração. PULSOS PRESENTES. CD: VFM AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA PRE-OP OK INSERIDA NO SISREG AGUARDO ECG ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM A CIRURGIA VASCULAR AGUARDO REAVALIAÇÃO DA NCR

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 RESTA CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORO
 SAME/ARQUIVO

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE (SEM LACTOSE)	
2	SFO, 9% 1000ML EV PARA 24H	1 ^o 2 ^o
3 D7	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	10 ^h 16 ^h 22 ^h 04 ^h
4 D7	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H	10 ^h 16 ^h 22 ^h 04 ^h
5	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	10 ^h 16 ^h 22 ^h 04 ^h
6	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM	06
7	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	10 ^h
8	TRAMAL 100MG + 100ML SFO, 9% EV 8/8H S/N	SN.
9	CURATIVO DIÁRIO	
10	SSVV+CCGG	
11		

AUTORES DO PLANO
 E TRADUÇÃO
 DO TRABALHO
 DA EQUIPE

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: LUCELIA BARBOSA DA SILVA 35 ANOS
 CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 302.1
 DATA DA ADMISSÃO: 12/11/18 ASSU-RN Código: 26780

DATA	EVOLUÇÃO
30/11/18	18 DIH: LUXAÇÃO EXPOSTA DE JOELHO E + ABERTURA DA SINFISE PUBICA EM USO DE F.E. Sem queixas, no momento. Apresenta lesões eritemato-pruginosas em MSD. DIURESE FISIOLÓGICA. Neurovascular sem alteração. PULSOS PRESENTES. CD: VPM AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA PRE-OP OK INSERIDA NO SISREG BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM A CIRURGIA VASCULAR

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME LUGAR
 SAME MOSSORÓ
 SAMEIARQUIVO

Eduardo C. F. T. ...
 Oftalmologista e Oftalmólogo
 Cirurgião de Oculoplastia
 ASSU-RN - TEOT

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE (SEM LACTOSE)	08:00
2	SCALP HIDRATADO	08:00
3	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	08:00 - 15:00 - 18:00
4	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM	08:00
5	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	18:00
6	CURATIVO DIÁRIO	08:00
7	SSVV+CCGG	08:00

Eduardo C. F. T. ...
 Oftalmologista e Oftalmólogo
 Cirurgião de Oculoplastia
 ASSU-RN - TEOT

DATA: 05/12/2018

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: LUCELIA BARBOSA DA SILVA 35 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 302.1
DATA DA ADMISSÃO: 12/11/18 ASSU-RN Código: 26780

EVOLUÇÃO	
24 DIH: LUXAÇÃO EXPOSTA DE JOELHO E + ABERTURA DA SINFISE PUBICA EM USO DE F.E.	
Sem queixas, no momento. Apresenta lesões eritemato-pruginosas em MSD. DIURESE FISIOLÓGICA. Neurovascular sem alteração. PULSOS PRESENTES.	
CD: VPM AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA PRE-OP OK INSERIDA NO SISREG BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR AGUARDO PARCER DA GINECOLOGIA	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ  SAME/ARQUIVO

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE (SEM LACTOSE)	
2	SCALP HIDRATADO	
3	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	10 16 22 09
4	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM	06
5	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	10
6	CURATIVO DIÁRIO	
7	SSVV+CCGG	


Cirurgião Geral
CRM - 40117

DATA: 10/12/2018

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: LUCELIA BARBOSA DA SILVA 35 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 215.2
DATA DA ADMISSÃO: 12/11/18 ASSU-RN Código: 26780

EVOLUÇÃO	
28 DIH: LUXAÇÃO EXPOSTA DE JOELHO E + ABERTURA DA SINFISE PUBICA EM USO DE F.E.	
REFERE DOR NO JOELHO. DIURESE FISIOLÓGICA. Neurovascular sem alteração. PULSOS PRESENTES.	
CD: VPM AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA PRE-OP OK INSERIDA NO SISREG BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR AGUARDO PARCER DA GINECOLOGIA	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO M. ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ _____ SAME/ARQUIVO

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE (SEM LACTOSE)	
2	JELCO HIDRATADO	
3	CEFAZOLINA 1G + ABD, EV, 6/6H	2016 22 04
4	TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9%, EV, 8/8H FIXO	2016 22 06
5	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	2016 22 04
6	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM	06
7	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	20
8	CURATIVO DIÁRIO	
9	SSVV+CCGG	

Diego Azeiteiro Lima
CRM 14472
GRUPO 2003
TEST 14472

DATA: 15/12/2018

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: LUCÉLIA BARBOSA DA SILVA 35 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 215.2
DATA DA ADMISSÃO: 14/11/18 ASSU-RN Código: 26780

EVOLUÇÃO	
32 DIH: LUXAÇÃO EXPOSTA DE JOELHO E + ABERTURA DA SINFISE PUBICA EM USO DE F.E.	
REFERE DOR NO JOELHO. DIURESE FISIOLÓGICA. Neurovascular sem alteração. PULSOS PRESENTES.	
CD: VPM AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA PRE-OP OK INSERIDA NO SISREG BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR AGUARDO PARCER DA GINECOLOGIA PROVAVEL TRANSFERENCIA HOJE	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ <i>[Assinatura]</i> SAME/ARQUIVO

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE (SEM LACTOSE)	
2	JELCO HIDRATADO	
3	CLINDAMICINA 600 MG + 100 ML SF 0,9%, EV, 6/6H	18-16 [✓] 25 84
4	TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9%, EV, 8/8H FIXO	14 [✓] 25 06
5	TILATIL 40 MG + DILUENTE, EV, 1X AO DIA	18-16 [✓] 25 84
6	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	06
7	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM	10
8	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	
9	CURATIVO DIARIO	
10	SSVV+CCGG	

[Assinatura]
PROFESSOR DE TRAUMATOLOGIA
CRAM 8429



REMOVED
19.90

20.44.89

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:

Leitch B.

Leito:

215-2

DATA	EVOLUÇÃO
18/12/18	Foi operado o indico + Ricardo Gordon Fiz SUBO  e de acordo

PRESCRIÇÃO 1174 Acelanvix

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	- 3 Leds 100mg Xartose Cladribina 600mg EV + 100mg V. 2.º 6.º 8.º TAMM- 100g EV - 8.º 8.º 9.º Dieta Dieta 1.º 2.º 3.º 4.º 5.º 6.º 7.º 8.º 9.º 10.º 11.º 12.º Dieta 1.º 2.º 3.º 4.º 5.º 6.º 7.º 8.º 9.º 10.º 11.º 12.º CCO + VVC Branco de leite, 1.º 2.º 3.º 4.º 5.º 6.º 7.º 8.º 9.º 10.º 11.º 12.º		16 22 04 14 22 06 16 22 04 06	
19/12/19	Dr. Manoel Fernandes da Silva ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MEDICO DO TRABALHO CRM-RN 2999			HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTA CONFORME O ORIGINAL MANE MOSSORO 19/12/19 SAME/ARQUIVO
7h -	Dr. Manoel Fernandes da Silva ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MEDICO DO TRABALHO CRM-RN 2999			



FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

12/11/18	
DATA DE ENTRADA	HORA

Nome do Usuário:*		Naturalidade		
Mucélia Barbosa da Silva		Assu/fv		
Filiação*	Cícero Antº da Silva Maria do Socorro da Silva			
Estado Civil:*	Data de Nascimento:*	Idade:	Sexo:	Renda Mensal R\$:
Solteira	28/02/1983	35 a	X M	
Endereço:*	Rua Américo Macedo			Nº 357
ro:*	Cidade:*	Profissão:		
São João	Assu/fv	Do lar		
Ponto de Referência:				
CNS - Cartão Nacional do SUS:*		CPF:*	RG:*	
708 6015 6984 1483		066 048.364-52	003.091.856	
Telefone para contato:*				
Pessoa Responsável:*		Grau de parentesco:	Telefone:*	
Deusa Mª Ferreira		mãe Biológica	84 9 9810-1276 9 9617-0489 (Walter Cunha do)	

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

CASA	☒	PRÓPRIA	☒	ALUGADA	☐	CEDIDA	☐	TELEFONE	☐
ÁGUA	☒	LUZ	☒	TAIPA	☐	ALVENARIA	☒		☐
NÚMERO DE PESSOAS QUE RESIDEM	3	CRIANÇA	1	ADOLESCENTE	☐	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ			

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

CRACHÁ	☐	REFEIÇÃO	☒	NORMAS E ROTINAS	☒	ORIENTAÇÃO	☒
--------	--------------------------	----------	-------------------------------------	------------------	-------------------------------------	------------	-------------------------------------

MOTIVO DA INTERNAÇÃO:*	Politrauma
------------------------	------------

CLÍNICA	302	LEITO	06 302-1
---------	-----	-------	----------

Observações:

Data: 12/11/2018

Assistente Social



PACIENTE: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

DATA: 30/01/2019

CÓDIGO :118285

MÉDICO SOLICITANTE: FABIO ROBERTO

CONVÊNIO: PARTICULAR

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA DO EXAME:

- Axial TSE ponderação T2.
- Coronal TSE ponderação T1.
- Coronal STIR ponderação T2.
- Sagital TSE ponderação em densidade de prótons e STIR/T2.

DESCRIÇÃO:

- Importante edema difuso dos planos circunjacentes ao joelho, notadamente na face ântero-lateral, notando-se ainda edema e infiltração líquida nos planos mioadiposos profundos da fossa poplitea, envolvendo também os músculos gastrocnêmios.
- Fratura cominutiva no côndilo femoral lateral, com discreto desalinhamento entre os fragmentos e edema medular ósseo regional.
- Áreas de edema medular ósseo no platô tibial e na periferia do côndilo femoral medial, de aspecto pós-contusional.
- Traços de fratura de direção longitudinal na cabeça da fíbula, sem desalinhamentos.
- Sinais de rotura completa ou parcial de alto grau do ligamento cruzado anterior, com descontinuidade de fibras da porção cranial.
- Alteração difusa do sinal do ligamento cruzado posterior, notando-se irregularidade e afilamento de fibras do terço médio.
- Rotura longitudinal envolvendo o corpo e os cornos do menisco lateral, notando-se componente oblíquo na periferia do corno posterior que se estende à superfície capsular. Notam-se ainda sinais de perimeniscite.
- Rotura longitudinal envolvendo o corpo e os cornos do menisco medial, com irregularidade dos contornos do corpo meniscal que se encontra parcialmente extruso em relação à superfície articular. Nota-se ainda edema e sinais de perimeniscite adjacente ao corpo meniscal.
- Sinais de rotura completa do ligamento colateral medial, com indefinição de suas fibras.
- Afilamento e alteração de sinal de fibras da porção cranial do ligamento colateral lateral.
- Importante edema e infiltração líquida na gordura de Hoffa, de aspecto inflamatório.
- Moderado derrame articular.
- Patela normoposicionada com base no índice de Caton-Deschamps, sem sinais de inclinação/subluxação



PACIENTE: LUCELIA BARBOSA DA SILVA
DATA: 30/01/2019

CÓDIGO : 118285

MÉDICO SOLICITANTE: FABIO ROBERTO
CONVÊNIO: PARTICULAR

na posição realizada do estudo.

- Cartilagens hialinas do compartimento patelo-femoral sem anormalidades.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Avaliação por Ressonância Magnética evidenciando importante edema e infiltração líquida no subcutâneo circunjacente ao joelho, notadamente na face anterolateral, bem como nos planos mioadiposos profundos na fossa poplítea e envolvendo os músculos gastrocnêmios.
- Fratura cominutiva do côndilo femoral lateral, com discreto desalinhamento entre os fragmentos e edema medular ósseo regional.
- Fratura longitudinal sem desalinhamentos na cabeça da fíbula.
- Áreas de edema medular ósseo no côndilo femoral medial do platô tibial, de aspecto pós-contusional.
- Sinais de rotura completa ou parcial de alto grau do ligamento cruzado anterior, com edema dos planos profundos periligamentares.
- Alteração difusa do sinal do ligamento cruzado posterior, notando-se irregularidade e afilamento de fibras do terço médio. Correlacionar com testes clínicos específicos.
- Rotura longitudinal envolvendo o corpo e os cornos de ambos os meniscos, com sinais de perimeniscite.
- Sinais de rotura completa do ligamento colateral medial, com indefinição de suas fibras.
- Afilamento e alteração de sinal de fibras da porção cranial do ligamento colateral lateral.
- Importante edema e infiltração líquida na gordura de Hoffa, de aspecto inflamatório.
- Moderado derrame articular.

Nota: Este é um exame complementar de diagnóstico e os achados e hipóteses aqui contidos não devem ser analisados isoladamente, mas em conjunto com as demais informações clínicas e outros exames complementares pelo médico solicitante, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e a conduta a ser seguida. Colocamo-nos a disposição do médico para quaisquer esclarecimentos que forem necessários.

ANA CAROLINE FILGUEIRA MARTINS
CRM: 5193

Paciente: Lucelia Barbosa Da Silva
Sexo: feminino Data Nasc: 28/02/1983
Data do exame: 22/01/2019

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

- Controle de tratamento.
- Textura óssea reduzida.
- Artropatia degenerativa do compartimento femorotibial medial, caracterizada por redução do espaço articular, esclerose subcondral e osteófitos marginais.
- Compartimento femoropatelar conservado.
- Partes moles sem alterações ao método.
- Comparar com exames anteriores.

Dra. Luisa de Paiva Dantas CRM SP: 172042

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
48001706/2018

Nº 013702799140
49238545888

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VAL	COD. REFINAR	TÍTULO
2	00475346948	*****
NOME/INTERVENCO		
IAGO FELIPE DE NOVA BERTO		
R MONSIEHOR JULIO ALVES BEZERRA, 1841		
CASA CENTRO		
59.650-000 ASSU/RN		
CÓDIGO		PLACA
108.811.144-05		NO30335
RUA/INTERVENCO		
FABRICIA EMANUELA MOURA DE MEDRINOS		

PLACA ANTERIOR	CÓDIGO
NO30335/RN	9C2NC4310CR043622
ESPÉCIE TIPO	
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE	
COMBUSTÍVEL	
GASOLINA	
MARCA/MODELO	
HONDA/CB 300R	
ANO FRAV - ANO MOD	
2012 2012	
CAP/POT/CB	CATEGORIA
OCV/291 CILINDRADAS	PARTICULAR
COR PREDOMINANTE	
AMARELA	
OBSERVAÇÕES	
MOTOR: NC43B1C043622	
ASSU/RN	

Assinatura do Coordenador de Registro de Veículos
Sindicato dos Motoristas de Veículos
Data: 19/04/2018
Sindicato dos Motoristas de Veículos
DETRAN - RN

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASE: _____ CPF da vítima: 066.048.364-52 Nome completo da vítima: Rocelia Barbosa da Silva

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

Nome completo: Rocelia Barbosa da Silva CPF: 066.048.364-52

Profissão: _____ Endereço: Tir. Americo Maciel Número: 351 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Assu Estado: RN CEP: 59.650-000

E-mail: _____ Tel./DDD: 84-99683-0624

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0750 CONTA: 49416 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Gráu de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Assu, RN, 19.02.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rocelia Barbosa da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.198/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20935199-0



www.cosern.com.br

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

CICERO ANTONIO DA SILVA

CPF: 178.108.834-00

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV AMERICO MACEDO 351

CENTRO/ÁREA URBANA
59650-009 ASSU RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

02/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

13/12/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

13/12/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

016613326

Série: U

CONTA CONTRATO

000268861017

Nº DO CLIENTE

300324584

Nº DA INSTALAÇÃO

000092957

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

F094.5072.0219.BF43.502D.E3BC.AC62.7683

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,20541078	6,16
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,35213277	24,64
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,52810910	63,36
Consumo Ativo superior a 220 kWh	14,00	0,5888795	8,24
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,22
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,40
ICMS-Parcela Subvencionada			7,34
Multa por atraso-NF 013719356 - 15/10/18			2,50
Juros por atraso-NF 013719356 - 15/10/18			0,82
Atualização IGPM-NF 013719356 - 15/10/18			0,89
TOTAL DA FATURA			126,38

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
103,61	18,00	18,64	103,61	0,60	0,62	103,61	2,77	2,86

Até 15 dias, débitos existentes causarão corte.

Vencido	De Risco	Valor
06/11/18	13/12/18	131,00

Se o consumidor NÃO aderir a uma das opções anteriores a NÃO comparecerá a cobrança em data pré-determinada. Caso o consumidor não compareça por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também ocorrer a cobrança conforme os critérios estabelecidos no Art. 99 da Resolução 414/2010. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de inadimplência do SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,20541078	DEZ 18	204
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,35213277	NOV 18	226
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,52810910	OUT 18	243
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,5888795	SET 18	241
		AGO 18	244
		JUL 18	230
		JUN 18	230
		MAI 18	237
		ABR 18	256
		MAR 18	253
		FEB 18	232
		JAN 18	234
		DEZ 17	267

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RS	%
Geração de Energia	36,71 36,48
Transmissão	5,00 5,48
Distribuição (Cosern)	26,91 23,89
Encargos Sociais	4,00 2,30
Tributos	33,10 31,85
Perdas de Energia	7,10 4,87
TOTAL	100,00 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000000000000000	CAT	13/11/2018	24.355,00	13/12/2018	24.603,00	30	1.000,00	0,00	234,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/01/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
06/2018					
DCE-Rede de tensão sem Energia	AQU	0,00	3,43	10,86	21,72
FC-Rede de tensão sem Energia		0,00	3,30	8,88	12,24
DCE-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,11	0,99	0,99
DCE-Duração de interrupção em dia crítico					
Unidade DCE: 12,25					
Custo Médio do Consumo de Energia - R\$ 37,56					

Todos os consumidores podem solicitar a suspensão dos indicadores DCE, FC, DMC e DCEC e suspender o tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! mercadinho de construção: rua joão celso filho, 1045, São João / supermercado cd: rua poética alice wanderley, 389, centro, leia completa em www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 25%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lai 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 45,14.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AGUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000268861017	12/2018	0,00	02/01/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitores ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092517/19

Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

CPF: 066.048.364-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/11/2018

Titular do CPF: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUCELIA BARBOSA DA SILVA : 066.048.364-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: LUCELIA BARBOSA DA SILVA
CPF: 066.048.364-52

LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190206073 **Cidade:** Açu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 12/11/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: DISJUNÇÃO DA SÍNFISE PÚBLICA.
LUXAÇÃO EXPOSTA DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR.
FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL BILATERAL, JOELHO ESQUERDO E 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL BILATERAL, MODERADO DO JOELHO ESQUERDO E LEVE DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190206073 **Cidade:** Açu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 12/11/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: DISJUNÇÃO DA SÍNFISE PÚBLICA.
LUXAÇÃO EXPOSTA DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR.
FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL BILATERAL, JOELHO ESQUERDO E 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL BILATERAL, MODERADO DO JOELHO ESQUERDO E LEVE DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PG. 6.

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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092517/19

Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

CPF: 066.048.364-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/11/2018

Titular do CPF: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUCELIA BARBOSA DA SILVA : 066.048.364-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: LUCELIA BARBOSA DA SILVA
CPF: 066.048.364-52

LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190206073

Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 12/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190206073

Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 12/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), LUCELIA BARBOSA DA SILVA

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 COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190206073

Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 12/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCELIA BARBOSA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.712,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%
Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Valor: R\$ 3.712,50

Banco: 104

Agência: 000000756

Conta: 0000049416-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190206073

Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 12/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCELIA BARBOSA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.712,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%
Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Valor: R\$ 3.712,50

Banco: 104

Agência: 000000756

Conta: 0000049416-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 066.048.364-52 Nome completo da vítima: Bucelia Barbosa da Silva

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

Nome completo: Bucelia Barbosa da Silva CPF: 066.048.364-52

Profissão: _____ Endereço: Tir. Americo Macieiro Número: 351 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Assu Estado: RN CEP: 59.650-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 84-99683-0624

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0758 CONTA: 49416 2

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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, submeto o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (var. nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Assu, RN, 19.02.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Bucelia Barbosa da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



Página 12

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 19/02/2019 11:32:22

Camila Rose de Aguiar Farias
Policial

Luciana Barbosa da Silva
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 2197936 - Camila Rose de Aguiar Farias

Impresso por: 2197936 - Camila Rose de Aguiar Farias em 19/02/2019 11:32:42

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 066.048.364-52 Nome completo da vítima: Bucelia Barbosa da Silva

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

Nome completo: Bucelia Barbosa da Silva CPF: 066.048.364-52

Profissão: _____ Endereço: Tir. Americo Macieiro Número: 351 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Assu Estado: RN CEP: 59.650-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 84-99683-0624

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0758 CONTA: 49416 ☒

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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, submeto o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu parecer.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (var. nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Assu, RN, 19.02.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Bucelia Barbosa da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 - VALE DO ASSÚ - RN



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos e necessários fins que o(a) usuário(a),
Marcelia Barbosa da Silva, 35 anos,
foi atendido(a) pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -
SAMU 192/RN, da cidade de Assú-RN, no dia 12/03/2018, no endereço,
Rua João Manoel Silva, 100,
paciente vítima de Queda de moto.

Assú, 13 de Março de 2018

Atenciosamente,

pl
Maria da Conceição Barbalho
Enfermeira
COREN/RN 412.207

Enfa. Luciana Carla Silva Ramos de Carvalho
Coren-RN 256.149
Coordenadora Local SAMU-RN
Base Descentralizada de ASSÚ - RN