

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: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERALDO SILVANO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00758

CONTA: 000000003273-5

Nr. da Autenticação 23EE5A30D2D7EEF1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280243 **Cidade:** Currais Novos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO SILVANO DE LIMA **Data do acidente:** 29/11/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.11,2

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1566 - Fátima, CEP 59015-000
CNPJ: 08.354.325/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4502

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

DATA DE EMISSÃO: 04/10/2018
NÚMERO DA CONTA: 115
34219993

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 04/10/2018 ÀS 07:11:31

MATRÍCULA:		MÊS/ANO			
916935		10/2018			
DADOS DO CLIENTE					
GERALDO SILVANO DE LIMA RUA MAJOR LULA, N. 782 - PARAIBA CAÍCO RN 59300-000					
INSCRIÇÃO	ROTA	SEG. ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS		
411.003.420.0121.000	25	6549	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO		
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO		
Y13T352240	LIGADO		FACTIVEL		
CONSUMO ÁGUA (M3): 2		DATA FÉUTURA: 04/10/2018			
		LEIT. ATUAL: 305			
		LEIT. ANT.: 303			
		DIAS CONSUMO: 29			
HISTÓRICO DE CONSUMO					
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO		
09/2018 3	07/2018 0	05/2018 4	1		
08/2018 1	06/2018 0	04/2018 3			
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)		
ÁGUA					
RES ENTRE 50 E 100H 1 UNIDADE(S)					
CONSUMO DE ÁGUA		2 M3	39,99		
JUROS DE MORA 07/2018			0,39		
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO		
PIS	39,99	1,65	0,66		
COFINS	39,99	7,6	3,04		
VENCIMENTO: 15/10/2018		TOTAL A PAGAR: 40,38			
MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA					
Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 UT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	2,9	7,34	92,45 %	1,02	--



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1566 - Fátima, CEP 59015-000
CNPJ: 08.354.325/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4502

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

DATA: 04/10/2018
Nº: 115
34219993

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 04/10/2018 ÀS 07:11:31

MATRÍCULA:		MÊS/ANO
916935		10/2018
DADOS DO CLIENTE		
GERALDO SILVANO DE LIMA RUA MAJOR LULA, N. 782 - PARAIBA CAÍCO RN 59300-000		
INSCRIÇÃO	ROTA	SEG. ROTA
411.003.420.0121.000	25	6549
QUANTIDADE DE ECONOMIAS		
RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO		
1		
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO
Y13T352240	LIGADO	FACTIVEL
CONSUMO ÁGUA (M3): 2		
DATA FÉUTURA: 04/10/2018		
LEIT. ATUAL: 305		
LEIT. ANT.: 303		
DIAS CONSUMO: 29		
HISTÓRICO DE CONSUMO		
REF	CONSUMO	REF
09/2018 3	07/2018 0	05/2018 4
08/2018 1	06/2018 0	04/2018 3
MEDIA 1		
DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RES ENTRE 50 E 100H 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	2 M3	39,99
JUROS DE MORA 07/2018		0,39
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)
PIS	39,99	1,65
COFINS	39,99	7,6
VALOR DO IMPOSTO		
0,66		
3,04		
VENCIMENTO:	15/10/2018	TOTAL A PAGAR:
		40,38
MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA		
Parâmetros	Turbidez	PH
VMP e Recomendações	≤ 5,0 UT	6,0 a 9,5
Valores Obtidos	2,9	7,34
		92,45 %
		1,02
		≤ 10,0 mg/L

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GLEYCE DUARTE DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.565.694 / 57,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GERALDO SILVANO DE LIMA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 369.911.804 / 59, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
GERALDO SILVANO DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 369.911.804 / 59, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço Rua MAJOR LULA		Número 782	Complemento
Bairro PARAÍBA	Cidade CAICÓ	Estado RN	CEP 59.300-000
Email caicoseguros@gmail.com		Telefone comercial(DDD) 84-99801-5199	Telefone celular (DDD) 84-99801-5199

CAICÓ RN, 29 de Março de 2019.

Local e Data


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 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, Herbley Medeiros de Lucena

RG nº 876722, data de expedição / /

Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 523.786.674-34

com domicílio na cidade de Caico, no Estado de

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

Rua Abastinho Santos, Vila Altiva, nº 75

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Geraldo Silvano de Lima, cujo o condutor era

Geraldo Silvano de Lima

Veículo: Motocicleta Modelo: NXR 150 Bros ES Ano: 2012

Placa: NOF-9035 Chassi: 9C2KD0550CR015529

Data do Acidente: 29 / 11 / 2018

Local e Data: CAICO, RN 15 de fevereiro de 2019.

[Assinatura]

Assinatura do Declarante

Geraldo Silvano de Lima

Assinatura do Condutor

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



RECONHEÇO, por autenticidade, a(s)

firma(s) de Geraldo Silvano de

Lima e Herbley Medeiros

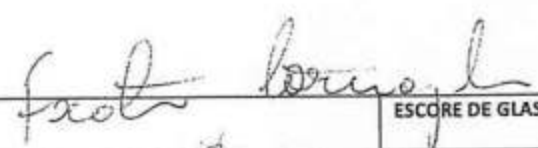
de Lucena, dou fé

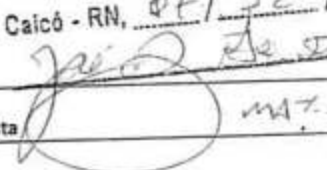
Em 15 de fevereiro de 2019

Por [Assinatura]

IDO C/ SELO
AUTENTICIDADE

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA 29/11/18	HORA DA ENTRADA 21:35	Nº ATENDIMENTO 178
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME G. EAPALO SILVA AND DE LIMA		DATA DE NASCIMENTO 18.05.64	IDADE 54	SEXO M
CPF 369 91804-59	RG 755189	DATA DE EXPEDIÇÃO		
NATURALIDADE CAICÓ	ESTADO CIVIL CAS.	PROFISSÃO VEND.	CARTÃO SUS	
NOME DA MÃE F. M. NELSON SILVA		NOME DO PAI RODOLFO S. LIMA		
ENDEREÇO R. MATEUS LULA 782		BAIRRO PARAIBÁ		
CIDADE/ESTADO CAICÓ	TELEFONE DE CONTATO 96459797	RAÇA/COR B		
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA	mmhg	FC	bpm	FR
				irpm
				TEMP. AXILAR
				°C
				SpO2
				%
				Glicemia
				mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		SCORE DE GLASGOW		

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
Confere com o Original Caicó - RN, 01.12.18  MT 152.293-6	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM	RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem	
MOTIVO DA SAÍDA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA
1 ALTA MÉDICA	UNIDADE DE DESTINO:



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

E DO PACIENTE:

GERALDO SILVANO DE LIMA

HISTÓRICO/PRONTUÁRIO:

027351

DATA NASCIMENTO:

18 05 64

SEXO:

Masculino

ENDEREÇO (Rua, Número)

MAJOR LULA - 782

BAIRRO:

PARAIBA

CIDADE:

CAICÓ

UF:

RN

CEP:

59300-000

TELEFONE:

96459791

NOME DO PAI:

KOLOÃO GILVANO LIMA

NOME DA MÃE:

EC: NELSON SILVA

RESPONSÁVEL:

CICERO DUARTE

PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

CLÍNICA:

CLÍNICA ORTOPÉDICA

CLÍNICA CIRÚRGICA () PEDIATRIA

ENFERMARIA/LEITO:

INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE

() DE TRABALHO () DE TRANSITO

() DE OUTROS FINS () NÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Fratura fechada da tíbia

Dr. Silvio Santos Filho
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 44411-1
CPF 027.229.284-45

INTERNAÇÃO

ORIGEM/RESIDÊNCIA?

UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE

DATA

HORA

() SIM

() NÃO

DECIDÊNCIA:

CARACTER DE INTERNAÇÃO:

() ELETIVA () NORMAL () EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)

Tueteia

TIPO DE PROCEDIMENTO:

() LIMPO () INFECTADO () CONTAMINADO
() POTENCIAL M. CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)

DATA:

HORA:

PRESENTE INFECÇÃO?

HOSPITALAR () COMUNITARIA () NÃO

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:

() PROFILATICAMENTE () NÃO
() TERAPEUTICAMENTE

MOTIVO DA SAÍDA (AIH):

ALTA () REMOÇÃO () ÓBITO ATÉ 24 HORAS

ÓBITO APÓS 24 HORAS

SE MOTIVADO SAÍDA = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTOS DA ALTA

() CURADO () MELHORADO () INALTERADO () A PEDIDO

() ADMINISTRATIVO () POR INDICIPLINA () EVASÃO

() INTER.P/DIAGNOSTICO () P/COMPLEMENTAÇÃO F.DE ACIDENTE

PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:

DESTINO:

PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO

OCORREU ÓBITO CAUSADO
POR INFECÇÃO:

MÉDICO RESPONSÁVEL:
(carimbo/assinatura)

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, Heribley Medeiros de Lucena,

RG nº 876722, data de expedição / / ,

Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 523.786.674-34,

com domicílio na cidade de Caicó, no Estado de

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

Rua Agostinho Santos, Vila Alta, nº 75,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Geraldo Silvano de Lima, cujo o condutor era

Geraldo Silvano de Lima.

Veículo: Motocicleta Modelo: NXR 150 Bros ES Ano: 2012

Placa: NOF. 9035 Chassi: 9C2KD0550CRO15529

Data do Acidente: 29 / 11 / 2018

Local e Data: CAICÓ, RN 15 de Fevereiro de 2019.

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

Geraldo Silvano de Lima
Assinatura do Condutor

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



RECONHEÇO, por autenticidade, a(s)

firma(s) de Geraldo Silvano de

Lima e Heribley Medeiros

de Lucena, dou fé

Em, 15 de fevereiro de 2019

Letícia Campos de Figueiredo

ATENDIDO C/ SELO
DE AUTENTICIDADE



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: GERALDO SILVANO DE LIMA	4. Nº DO PRONTUÁRIO 027351
CPF: 56991180459	RG: 755189

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6. DATA DE NASC. 29/10/1974	7. SEXO MASC. (X) FEM. ()
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCISCA NELSON SILVA	DDD 84	9. TELEFONE DE CONTATO 96459992
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) MAJOR LULA 782	11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CAICÓ	12. COD. IBGE MUNICÍPIO
13. UF RN	14. CEP: 59300-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Inst. frígida Tipo B e C Dor abdominal	01. Material 06. Placa 1/3 tubular 3,5mm 06. parafusos corticais 06. parafusos externos 4,0mm
--	--

16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Re
--

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Heck	18. DIAGNÓSTICO INICIAL: Inst. frígida	19. CID 10 PRINCIPAL:	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
---	---	-----------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tubos	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	24. CLÍNICA	25. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO Br. Silvio Santos Filho Brasileira e Telemática CNPJ nº 14.970.168/0001-00 130-084.230/201-10	28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.	29. DATA DA SOLICITAÇÃO 6/12/78	30. ASSINATURA CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)
---	----------------------------	-------------	---------------------------	-----------------------------------	---	----------------------------------	------------------------------------	--

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

31. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. Nº DO BILHETE	36. SÉRIE
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA	39. CBOR
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS () CNS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
	46. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade/Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

PRESCRIÇÃO MÉDICA E
CONTROLE DE APLICAÇÃO

DIA: 29.11.18

PACIENTE:

Francisco S. da Silva

Nº DO REGISTRO

DATA DE ADMISSÃO

Nº DO

027351

29-11-18

105

DIA: 29.11.18

DIA: 6.12.18

DIA

30.11.18

MEDICAMENTOS

DOSE

VIA

INTERV

HORÁRIO

HORÁRIO

HORÁRIO

HOE

11 50000 TV

~~50000 TV~~

Insulina - 1 + 4 mm w lcl

Insulina - 1 + 4 mm w lcl

Insulina - 1 + 4 mm w lcl

Insulina - 1 + 4 mm w lcl

OUTROS CUIDADOS

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFIC

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 4419 - RBO 0671

ASSINATURA DO MÉDICO

Francisco S. da Silva
Médico
RBO 0671



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perimetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

PREScrição Médica e
CONTROLE DE APLICAÇÃO

DIA: 29, 11, 18

PACIENTE:

Frederico T. da Silva

Nº DO REGISTRO

DATA DE ADMISSÃO

Nº DO

027351

29-11-18

105

DIA 29, 11, 18

DIA 6, 12, 18

DIA

30.11.18

MEDICAMENTOS

DOSE

VIA

INTERV

HORÁRIO

HORÁRIO

HORÁRIO

HOR

11 SE 1000 J EV

~~SE 1000 J EV~~

Lupron - 11 + 1311 11 11 11

11 11 11 11 11 11 11 11 11 11

11 11 11 11 11 11 11 11 11 11

11 11 11 11 11 11 11 11 11 11

OUTROS CUIDADOS

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFI

ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Gabriel Donato de M. Gomes
Médico

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 4419 - TRAT 0617



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: GERALDO SILVANO DE LIMA	4. Nº DO PRONTUÁRIO 027351
CPF: 56991180459	RG: 755189

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6. DATA DE NASC. 28/10/1974	7. SEXO MASC. (X) FEM. ()
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCISCA NELSON SILVA	DDD 84	9. TELEFONE DE CONTATO 96459992
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) MAJOR LULA 782	11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CAICÓ	12. COD. IBGE MUNICÍPIO
13. UF RN	14. CEP: 59300000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Histórico de Tipo B e C Desconforto	01. Material Placa 1/3 tubular 3,5m 06 parafusos 06 parafusos 06 parafusos
---	--

16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Re
--

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Histórico	18. DIAGNÓSTICO INICIAL: Histórico	19. CID 10 PRINCIPAL:	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
--	---------------------------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tubulação	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	24. CLÍNICA	25. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO Br. Santos Filho Arrogada e Incompetência CNPJ 08.241754/0135-57
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.	29. DATA DA SOLICITAÇÃO 6/12/18	30. ASSINATURA Br. Santos Filho	31. IMPRIMÃO (Nº DO REG. DO CONSELHO)		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

31. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. Nº DO BILHETE	36. SÉRIE
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA	39. CBOR
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS () CNS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO	47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	



Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE: GERALDO SILVANO DE LIMA			
REGISTRO/PRONTUÁRIO: 027351		DATA NASCIMENTO: 18 05 64	SEXO: Masc.
ENDEREÇO (Rua, Número): MAJOR LULA - 782		BAIRRO: PARAIBA	
MUNICÍPIO: CAICÓ	UF: RN	CEP: 59300000	TELEFONE: 96459797
NOME DO PAI: KOLOÃO SILVANO LIMA		NOME DA MÃE: ELIZABETH NELSON SILVA	
RESPONSÁVEL: CICERO DUARTE			

PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

CLÍNICA:		ENFERMARIA/LEITO:	INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE
☒ MÉDICA ☒ ORTOPÉDIA			☐ DE TRABALHO ☒ DE TRANSITO
☐ CIRÚRGICA ☐ PEDIATRIA			☐ DE OUTROS FINS ☐ NÃO
DIAGNÓSTICO INICIAL: fract. fechada do		Dr. Silvio Santos Filho Neurologista - Traumatologista CRM-RN 49467-1 CPF 026.229.284-49	
INTERNAÇÃO		ORIGEM/RESIDÊNCIA?	UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE
DATA	HORA	☐ SIM ☐ NÃO	
PROCEDÊNCIA:		CARATÉR DE INTERNAÇÃO:	
		☐ ELETIVA ☐ NORMAL ☒ EMERGÊNCIA	

RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição): Tueteia	TIPO DE PROCEDIMENTO:	
	☒ LIMPO ☐ INFECTADO ☐ CONTAMINADO	
	☐ POTENCIAL M. CONTAMINADO	
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição):	DATA:	HORA:
APRESENTOU INFECÇÃO?	FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:	
☐ HOSPITALAR ☐ COMUNITARIA ☒ NÃO	☒ PROFILATICAMENTE ☐ NÃO	
	☐ TERAPEUTICAMENTE	
MOTIVO DA SAÍDA (AIH):	SE MOTIVADO SAÍDA = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTODA ALTA	
☒ ALTA ☐ REMOÇÃO ☐ ÓBITO ATÉ 24 HORAS	☒ CURADO ☐ MELHORADO ☐ INALTERADO ☐ A PEDIDO	
☐ ÓBITO APÓS 24 HORAS	☐ ADMINISTRATIVO ☐ POR INDICIPLINA ☐ EVASÃO	
	☐ INTER.P/DIAGNOSTICO ☐ P/COMPLEMENTAÇÃO F.DE ACIDENTE	

PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:	DESTINO:	
PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO	OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO:	MÉDICO RESPONSÁVEL: (carimbo/assinatura)



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

LAUDO DE CIRÚRGIA

Nome do Paciente:	Nº Registro	Data de Admissão
Luís Carlos Silva de Lima -	027352	29/11/18

Nome do Procedimento Cirúrgico:
Tuorescência

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Dreno
06/12/18	14:00	18:40h	4h40m			

DDIA

AA+C

Tuorescência

Redução

Graco

Hemostase

Sutura

Tuorescência

Redução

Graco

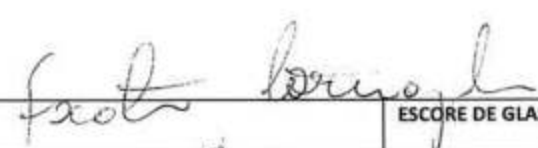
Hemostase

Sutura

Curativo

Dr. Sérgio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 11111 - D-11111-1111

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA 29/11/18	HORA DA ENTRADA 21:35	Nº ATENDIMENTO 178
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME GERALDO SILVANO DE LIMA		DATA DE NASCIMENTO 13.05.64	IDADE 54	SEXO M
CPF 369 91804-59	RG 755189	DATA DE EXPEDIÇÃO		
NATURALIDADE CAICÓ	ESTADO CIVIL CAS.	PROFISSÃO VEND.	CARTÃO SUS	
NOME DA MÃE FON NELSON SILVA		NOME DO PAI RODOLFO S. LIMA		
ENDEREÇO R. MATEUS LULA 782		BAIRRO PARAIBÁ		
CIDADE/ESTADO CAICÓ	TELEFONE DE CONTATO 96459797	RAÇA/COR B		
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA	mmHg	FC	bpm	FR
				irpm
TEMP. AXILAR		°C	SpO2	%
			Glicemia	mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		SCORE DE GLASGOW		

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
Confere com o Original Caicó - RN, 07/12/18  MA 7.152.293-6	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM	RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem	
MOTIVO DA SAÍDA () ALTA MÉDICA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA UNIDADE DE DESTINO:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DR. MARIANO COELHO
Currais Novos/RN

RECEITUÁRIO MÉDICO

Geraldo S. de Lima
Ao SESP

Paciente com
trauma em tornozelo (D)
com fratura de maléolo
medial, necessitando
de avaliação do
ortopedista.
Regulado com Dr. Sílvio Filho

Jr. Franco Márcio
MÉDICO
CRM-RN - 8483

29/11/18



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Nº 3333

Identificação	Responsável pelo preenchimento:	Data: 29/11/2018	Hora: 16:00
	Nome: Geraldo Silvano de Lima	Idade: 54a.	Sexo: M
	Nº Cartão SUS: 700904970386893	CPF/RG: 755.185	Data Nasc: 18/10/54
	Endereço: R. Mayas Loba, 722	Cidade: Caico	FONE: 99645-967
	Bairro: Paraiba	Ocupação:	
Forma de chegada: () Meio próprio () SAMU () Outras ambulâncias			

Classificação de Risco	Sinais vitais	PA: x	FC:	FR:	T:	HGT:	SatO2:
	Dor:	() Aguda () Crônica () Recorrente	Tipo de dor: () Leve () Moderada () Forte () Severa				
	Estado Geral:	() Aparentemente BEM () REGULAR () GRAVE () Inconsciente () Consciente () Orientado () Confuso () Convulsão () Hemorragias () Politraumatizado					
	Queixa principal:	Acidente de moto					
	Comorbidades:						
	Medicamentos em uso:						
	Alergia medicamentos:						
	Classificação:	() Azul	() Verde	() Amarelo	() Vermelho	() Não classificado	Glasgow:
Enfermeiro(a):	Coren:					Hora:	

Avaliação Médica	História da doença atual/Exame clínico	
	ACIDENTE Moto - 14000 (Kilômetros) Moto de 14000cc, cor preta, com motor e transmissão Opus e afonização em tomados rápido.	
	Diagnóstico	
	Conduta/prescrição	
Anotações de enfer		
1) Voltar para a moto / 14000cc		
2) Manter a moto / 14000cc		
3) Manter a moto / 14000cc		
4) Manter a moto / 14000cc		
Assinatura e carimbo médico		Hora
Dr. Franco Márcio MEDICO CRM-RN - 8483		19/11/2018 16:45h
Obs:		

o do nte	Alta Hospitalar:	() Decisão médica	() Cura	() À pedido	() À revelia	() Óbito
	Internamento	() Clínica médica	() Clínica cirúrgica	() Pediatria	() UTI geral	() UCI
	Transferência	Destino:				

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Confere com o Or. i al
Caicó - RN, 27/12/48

CAMPO 4 – EXAMES COMPLEMENTARES Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
CAMPO 5 – PRESCRIÇÃO MÉDICA Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
_____ MÉDICO PLANTONISTA/CRM	_____ RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
CAMPO 6 – CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem	
MOTIVO DA SAÍDA () ALTA MÉDICA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA UNIDADE DE DESTINO: _____



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: GERALDO SILVANO DE LIMA	4. Nº DO PRONTUÁRIO 027351
CPF: 36991180459 RG: 755189	

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6. DATA DE NASC. 28/10/1974	7. SEXO MASC. (X) FEM. ()
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCISCA NELSON SILVA	DDD 84	9. TELEFONE DE CONTATO 96459997
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) MAJOR LULA 782		
11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CAICÓ	12. COD. IBGE MUNICÍPIO	13. UF RN
		14. CEP: 59300000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Inst. fúzeo Dir. Tipo B e e les Doença crônica	16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Re
--	--

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Heter			
18. DIAGNÓSTICO INICIAL: Inst. fúzeo Dir.	19. CID 10 PRINCIPAL: S823	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tub. cin	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408050497		
24. CLÍNICA	25. CARATER DA INTERNAÇÃO Dr. Silvio Santos Filho	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO DO PROF. SOLIC./ASSIST. Dr. Silvio Santos Filho
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST. Dr. Silvio Santos Filho	29. DATA DA SOLICITAÇÃO 6/12/78	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

31. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. Nº DO BILHETE	36. SÉRIE
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO			
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA	39. CBOR
40. VINCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () O EMPREGADOR () AUTONOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS () CNS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DOPROF. AUTORIZADOR	



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:

GERALDO SILVANO DE LIMA

REGISTRO/PRONTUÁRIO: 027351	DATA NASCIMENTO: 18 05 64	SEXO: Masc.
ENDEREÇO (Rua, Número) MAJOR LULA - 782	BAIRRO: PARAIBA	
MUNICÍPIO: CAICÓ	UF: RN	CEP: 59300-000
	TELEFONE: 96459797	
NOME DO PAI: KOLDÃO SILVANO LIMA	NOME DA MÃE: ECIL NELSON SILVA	
RESPONSÁVEL: CICERO DUARTE		

PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

CLÍNICA: () MÉDICA ☒ ORTOPÉDIA () CIRÚRGICA () PEDIATRIA	ENFERMARIA/LEITO:	INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE () DE TRABALHO ☒ DE TRANSITO () DE OUTROS FINS () NÃO
DIAGNÓSTICO INICIAL: fract. fechada Di.		Dr. Silvio Santos Filho Médico - Traumatologista CRM-RN 44.414-1 CPF 024.229.284-45
INTERNAÇÃO DATA: 20-12-18 HORA: 11:40	ORIGEM RESIDÊNCIA? () SIM () NÃO	UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE
PROCEDÊNCIA:		CARATER DE INTERNAÇÃO: () ELETIVA () NORMAL ☒ EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)

RPOCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição) Trocen	TIPO DE PROCEDIMENTO: ☒ LIMPO () INFECTADO () CONTAMINADO () POTENCIAL M. CONTAMINADO
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)	DATA: 07.12.18 HORA: 11:00h
APRESENTOU IFECCÃO? () HOSPITALAR () COMUNITARIA ☒ NÃO	FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO: ☒ PROFILATICAMENTE () NÃO () TERAPEUTICAMENTE
MOTIVO DA SAÍDA (AIH): ☒ ALTA () REMOÇÃO () ÓBITO ATÉ 24 HORAS () ÓBITO APÓS 24 HORAS	SE MOTIVADO SAID = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTODA ALTA ☒ CURADO () MELHORADO () INALTERADO () A PEDIDO () ADMINISTRATIVO () POR INDICIPLINA () EVASÃO () INTER.P/DIAGNOSTICO () P/COMPLEMETAÇÃO F.DE ACIDENTE

PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:	DESTINO:	
PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO	OCORREU ÓBITO CAUSADO POR IFECCÃO:	MÉDICO RESPONSÁVEL: (carimbo/assinatura) Dr. Silvio Santos Filho



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

LAUDO DE CIRÚRGIA

Nome do Paciente:	Nº Registro	Data de Admissão
GERALDO SILVA DE LIMA -	027357	29/11/18

Nome do Procedimento Cirúrgico:
Tratam. Dist. Longo Dis

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Dreno
06/12/18	14:00	18:40h	4h40m			

DDLA

A+C

Tratam. distal Longo Dis

Redução

Fixação

Hemostasia

Sutura

Tratam. distal Longo Dis

Redução

Fixação

Hemostasia

Sutura

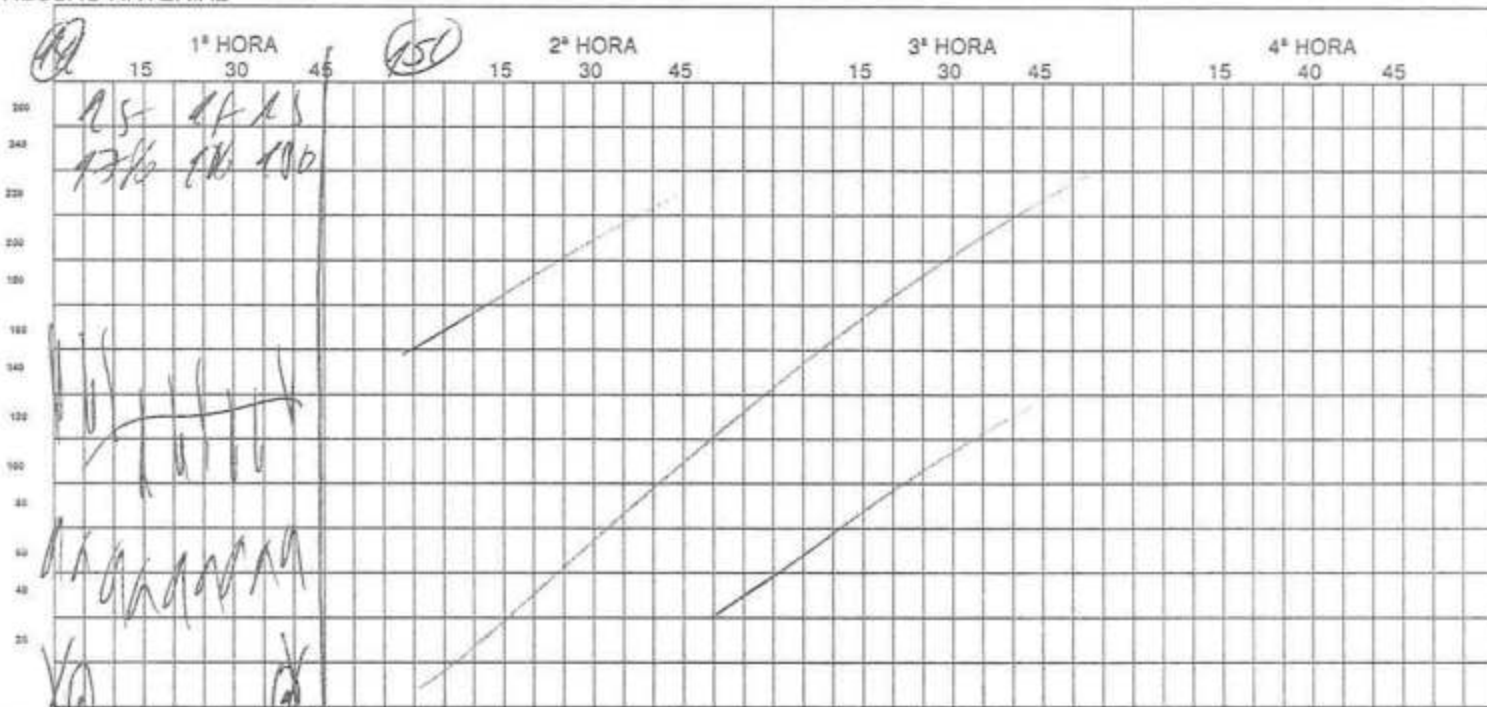
Curativo

Dr. Sôcio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 11146 - 02/17-0477

LAUDO DE ANESTESIA

Data				Início		Término		Duração
0	6	1	2	1	4:00h	1	4:40h	40min.

PRESSÃO ARTERIAL



Tipo Anestesia	Agente	Volume
RAPIR	(1) N2O 95% / O2 5% — 100ml	
	(2) Propofol — 10ml	
	(3) Oxalupraz — 4ml	

[illegible]

Cirurgião



Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Nº DE REGISTRO:

027351

DATA:

22/11/18

NOME DO PACIENTE:

GENALDO SILVANO LIMA

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FÍSICO:

Almoço
no Hospital Di
Dor de barriga
Indo em
Indo em

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

ASSINATURA DO MÉDICO:

Dr. Genaldo Lima



Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM TRAUMA E ORTÓPEDIA

DATA DO ATENDIMENTO: 20/12/2018 INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: UHS
PACIENTE: Ronaldo Silvano de Lima DN: 18/05/1964
RG: 7.55.189 CPF: 369.911.804-59 SUS: 700 9049 7038 689
ESTADO CIVIL: Casado SEXO: M IDADE: 54 TELEFONE: 9.9926 9941
PAI: Roldão Silvano de Lima MÃE: Francisca Nelson da Silva
ENDERÇO: R. Major Silva Nº 782
BAIRRO: Paraíba CIDADE: Caicó UF: RN
MÉDICO: Dr. Silvio
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: [Assinatura]

LAUDO MÉDICO

PRINCIPAIS SINAIS CLÍNICOS:

Not ferido Dir

PRINCIPAIS RESULTADOS DA PROVA DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

PROCEDIMENTO INDICADO:

Per fe

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO:

CID:

CODIGOSIA/SUS: D303090073

CIRÚRGIO:

CRM:

EQUIPE MÉDICA:

AUXILIAR:

CRM:

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 2419 - T207-9873
CPF 921.729.244-48

CRM:

AUDITOR:



Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:

Geraldo Silvino de Lima.

Nº de Registro

Data Admissão

027351291118

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
29/11/18	21:40	Paciente admitido neste setor da Clínica Cirúrgica, com fratura em tornozelo D. nega dorula de base. O mesmo encontra-se consciente, orientado, normoventilado, sistema respiratório normal, eliminação Vesical e intestinal presente S.P. - Tm Bulema - Coren 2138	
06/12/18	14:15	Paciente deu entrada no CC, proveniente da clínica cirúrgica, para realizar tratamento cirúrgico em tornozelo direito devido à fratura. Consciente, orientado, não refere queixas, nega doenças crônicas. Realizado procedimento, paciente segue para enfermarias.	Thayne THAYNE MORGANA DE LUCENA Enfermeira COREN/RN 259858
06/12/18	17:00	Paciente exclui PCB, consciente, orientado, em repouso, sem queixas, sem queixas nos cuidados de enfermagem.	Dr. Ricardo Alexandre dos Santos Enfermeiro COREN/RN 478907
07/12/18	18:00h	Paciente: liberado por alta hospitalar após visita médica, o mesmo sair desta unidade, consciente orientado sem queixas. - Tm Bulema - - Coren 2138	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE REABILITAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE REABILITAÇÃO

RN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1482155685

GERALDO SILVANO DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
755189 SSP RN

CPF
369.911.804-59

DATA NASCIMENTO
18/05/1964

FILIAÇÃO
ROLDÃO SILVANO DE LIMA
FRANCISCA NELSA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AC

Nº REGISTRO
00650842007

VALIDADE
06/07/2023

1ª HABILITAÇÃO
25/10/1989

OBSERVAÇÕES
A

Geraldo Galvão de Lima
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAICO, RN

DATA EMISSÃO
11/07/2017

Leticia Maria Galvão Gomes
Leticia Maria Galvão Gomes
Coordenador de Registro de Conduturas
ASSINATURA DO EMISSOR

52115445486
RN702647359

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482155685

RIO GRANDE DO NORTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

TO VACINADO
BRASIL
LIVES
em 20/03/2020

POLEGAR DIREITO



Gleyce Duarte de Lima

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 002.661.721 DATA DE EMISSÃO 23/12/2004

GLYCE DUARTE DE LIMA

GERALDO SILVANO DE LIMA
CÍCERA DUARTE DE LIMA

NATURALIDADE

CAICÓ RN

DATA DE NASCIMENTO 15/10/1990

DECE. CIVIL N° 108 F-108 RG-026804

CAICÓ RN

CPF 071.565.694-57

REGISTRO 231100 8

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29.06.83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - RN

Nº 012248235455

42006694/2016

40565415761

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 2	COD. RENAVAM 00475210255	RNTRC *****
NOME/ENDEREÇO HERBLEY MEDEIROS DE LUCENA R MARIA VALE, 2015 FENEDO 59.300-000 CAICO/RN		
CPF/CNPJ 623.786.674-34	PLACA NOF9038	
NOME ANTERIOR JULIO CESAR DA CRUZ DUTRA		
PLACA ANT/UF NOF9035/RN	CHASSI 9C2KD0550CR015529	
ESPECIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE		COMBUSTIVEL ALCOOL-GASOL
MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES		ANO FAB 2012
CAP/POT/CL OCV/149 CILINDRADAS		ANO MOD 2012
CATEGORIA PARTICULAR		COR PREDOMINANTE VERMELHA
OBSERVAÇÕES MOTOR:KD05EBC015529		
CAICO/RN	DATA 03/05/2016	

Siderley Bezerra da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130728/19

Vítima: GERALDO SILVANO DE LIMA

CPF: 369.911.804-59

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 29/11/2018

Titular do CPF: GERALDO SILVANO DE LIMA

CPF de: Próprio

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

GLEYCE DUARTE DE LIMA : 071.565.694-57

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

GERALDO SILVANO DE LIMA : 369.911.804-59

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: 16/04/2019
Nome: GLEYCE DUARTE DE LIMA
CPF: 071.565.694-57

GLEYCE DUARTE DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2019
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130728/19

Número do Sinistro: 3190280243

Vítima: GERALDO SILVANO DE LIMA

CPF: 369.911.804-59

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 29/11/2018

Titular do CPF: GERALDO SILVANO DE LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

GERALDO SILVANO DE LIMA : 369.911.804-59

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/04/2019
Nome: GLEYCE DUARTE DE LIMA
CPF: 071.565.694-57

GLEYCE DUARTE DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/04/2019
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

PROCURAÇÃO

Outorgante:

Geraldo Silvano de Lima, brasileiro, casado, vendedor, residente e domiciliado na Rua Major Lula, 782, Paraíba, Caicó-RN, CEP.: 59300-000, portador (a) do RG nº 755.189 - SSP/RN, Inscrito (a) no CPF/MF 369.911.804-59 - telefone nº 84-99645-9797.

Outorgado (a):

Gleyce Duarte de Lima, brasileira, solteira, estudante, podendo ser intimado (a)/notificado (a) e residente e domiciliado (a) na Rua Major Lula, 782, Paraíba, Caicó-RN CEP.: 59300-000, Portador do RG 2.661.721 - SSP/RN, e, Inscrito (a) no CPF/MF 071.565.694-57 - telefone nº 84-99645-9797.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu (ua) bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, ao pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Senhor (a), **Geraldo Silvano de Lima**, ocorrido em 29.11.2018, por volta das 16:00 horas, conforme registrado pelo **BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B.O.**, em anexo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o (a) outorgado (a) dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

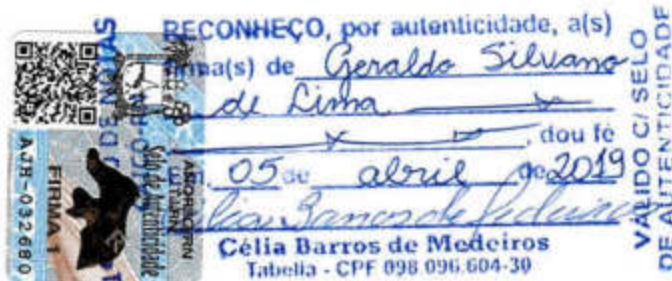
Caicó-RN, 29 de Março de 2019.



Outorgante

CPF Nº. 369.911.804-59.

OBS: Reconhecer firma em cartório por Autenticidade Verdadeira.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130728/19

Número do Sinistro: 3190280243

Vítima: GERALDO SILVANO DE LIMA

CPF: 369.911.804-59

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 29/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERALDO SILVANO DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

GERALDO SILVANO DE LIMA : 369.911.804-59

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/04/2019
Nome: GLEYCE DUARTE DE LIMA
CPF: 071.565.694-57

GLEYCE DUARTE DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/04/2019
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190280243

Vítima: GERALDO SILVANO DE LIMA

Data do Acidente: 29/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GERALDO SILVANO DE LIMA

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190280243

Vítima: GERALDO SILVANO DE LIMA

Data do Acidente: 29/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GERALDO SILVANO DE LIMA

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, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190280243

Vítima: GERALDO SILVANO DE LIMA

Data do Acidente: 29/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GERALDO SILVANO DE LIMA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: GERALDO SILVANO DE LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000758

Conta: 000003273-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 369.911.804-59 Nome completo da vítima: GERALDO SILVANO DE LIMA

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

Nome completo: GERALDO SILVANO DE LIMA CPF: 369.911.804-59

Profissão: VENDEDOR Endereço: RUA MAJOR LULA Número: 782 Complemento: _____

Bairro: PARAÍBA Cidade: CAICÓ Estado: RN CEP: 59300-000

E-mail: caicoseguros@gmail.com Tel (DDD): 84-99801-5199

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: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0758 CONTA: 00003273 5
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Caicó-RN, 09 de Abril de 2019.

Nome: GERALDO SILVANO DE LIMA

CPF: 369.911.804-59

(*) Assinatura de quem assina A RGO

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)

CAIXA

CONTA CORRENTE

603689 0010 59517 2255

GERALDO SILVANO DE LIMA

05/21

0758 001 00003273-5

MasterCard

débito

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 ASL: _____ CPF da vítima: **369.911.804-59** Nome completo da vítima: **GERALDO SILVANO DE LIMA**

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

Nome completo: **GERALDO SILVANO DE LIMA** CPF: **369.911.804-59**

Profissão: **VENDEDOR** Endereço: **RUA MAJOR LULA** Número: **782** Complemento: _____

Bairro: **PARAÍBA** Cidade: **CAICÓ** Estado: **RN** CEP: **59300-000**

E-mail: **caicoseguros@gmail.com** Tel/DDD: **84-99801-5199**

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: **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: **0758** CONTA: **00003273** **5**
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **Caicó-RN, 09 de Abril de 2019.**

Nome: **GERALDO SILVANO DE LIMA**

CPF: **369.911.804-59**

(*) Assinatura de quem assina A TOGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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.



Gov^o do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE CURRAIS NOVOS
Endereço: RUA RIO GRANDE DO NORTE, 216, STA MARIA GORETE, CURRAIS NOVOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019097000052
1.2 Data de Expedição: 14/01/2019 10:59:08
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 29/11/2018 16:00:00
2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.7 Logradouro: RUA RITA PEREIRA
2.8 Número: -
2.9 CEP: 59.380-000
2.10 Complemento: próximo a inã
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: RADIR PEREIRA
2.13 Cidade: CURRAIS NOVOS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: GERALDO SILVANO DE LIMA
3.2 Estado civil: Casado(a)
3.3 Nome Social:
3.4 Pai: ROLDÃO SILVANO DE LIMA
3.5 Etnia: Parda
3.6 Mãe: FRANCISCA NELSON DA SILVA
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 36991180459
3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 18/05/1964
3.13 Profissão: VENDEDOR
3.14 RG: 755189 - SSP RN
3.15 Telefone(s): 84 996459797
3.16 Passaporte:
3.17 Número: 782
3.18 Naturalidade: CAICÓ RN
3.19 Bairro: PARAIBA
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: RUA MAJOR LULA
3.23 Cidade: CAICÓ
3.24 CEP: 59300000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: *****15529
7.1.4 Renavam:
7.1.5 Placa: NOF9035
7.1.6 Estado:
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.8 Modelo: NXR150 BROS ES
7.1.9 Ano do Modelo: 2012
7.1.10 Ano de Fabricação: 2012
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: HERBLEY MEDEIROS DE LUCENA
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: GERALDO SILVANO DE LIMA
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A VÍTIMA RELATA QUE IA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, QUANDO UM SENHOR NA BICICLETA CRUZOU DE REPENTE NA FRENTE DA VÍTIMA, TEVE QUE FREAR BRUSCAMENTE E VEIO A CAIR NA RUA QUE NÃO É CALÇADA; QUE, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E DEU ENTRADA NO HOSPITAL REGIONAL DR. MARIANO COELHO DE ACORDO COM O BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Nº 3333, COM A TÍBIA DA PERNA DIREITA QUEBRADA; QUE, FOI ENCAMINHADO E CIRURGIADO NA CIDADE DE CAICÓ NO HOSPITAL REGIONAL; QUE, REGISTROU O BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DO SEGURO DPVAT; QUE, POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO NADA MAIS A DECLARAR.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data 14/01/2019 10:59:08



MARIA DAS VITORIAS BEZERRA DE OLIVEIRA
Atendente Polícia Civil
1172379

Geraldo Silvano de Lima
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1172379 - MARIA DAS VITORIAS BEZERRA DE OLIVEIRA

Impresso por: 1172379 - MARIA DAS VITORIAS BEZERRA DE OLIVEIRA em 14/01/2019 10:59:15

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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 ASL: _____ CPF da vítima: 369.911.804-59 Nome completo da vítima: GERALDO SILVANO DE LIMA

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

Nome completo: GERALDO SILVANO DE LIMA CPF: 369.911.804-59

Profissão: VENDEDOR Endereço: RUA MAJOR LULA Número: 782 Complemento: _____

Bairro: PARAÍBA Cidade: CAICÓ Estado: RN CEP: 59300-000

E-mail: caicoseguros@gmail.com Tel (DDD): 84-99801-5199

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: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0758 CONTA: 00003273 5
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Caicó-RN, 09 de Abril de 2019.

Nome: GERALDO SILVANO DE LIMA

CPF: 369.911.804-59

(*) Assinatura de quem assina A RGO

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)

AFIRMAÇÃO

Afirmamos para os devidos fins que o (a) paciente, Genaldo
Silvano de Lima, 5+ anos, foi atendido
pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192/RN) Currais
Novos/RN, no dia 29/11/18, no endereço rua pública.
_____. Paciente
vítima de queda de moto.

Currais Novos, 28 de dezembro de 2018.


Enfermeira de plantão/Coordenadora de Enfermagem

Enfermeira de plantão/Coordenadora de Enfermagem