BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00614-9

CONTA: 000010024470-X

Nr. da Autenticação 772DE9DD3CAC2C3F

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180114641
Cidade: Brejinho
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO
Data do acidente: 27/10/2017
Seguradora: AIG SEGUROS BRASIL S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano com hematoma extra-dural fronto parietal direito e fratura frontal direita.

Descrição do exame médico pericial: déficit funcional residual do sistema nervoso central

Resultados terapêuticos: Realizada drenagem neuro-cirúrgica de hematoma extra-dural direita.
Alta em fevereiro 2018.
Cicatriz cirúrgica no couro cabeludo fronto parietal direita, sem afundamento. cefaleia pós-traumática

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/03/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

CRM do médico: 3940

UF do CRM do médico: RN

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R$ 1.350,00
		Total	**10 %**	**R$ 1.350,00**

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: José Gledson Ferreira Maximino

CPF da Vítima: 716.149.324-26

Data do Acidente: 27.10.17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal:

CPF do Representante legal:

Email:

Telefone (DDD): (084) 99197-0155

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- [x] Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- [ ] O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- [ ] O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

PROTOCOLO RECEBIDO
12 MAR 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

Nova Cruz/RN 20 de Dezembro de 2017
Local e Data

José Gledson Ferreira Maximino
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **51997 /2017**
Admissão: **27/10/2017 21:44:38**

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente:45878 - JOSE GLEIDISON FERREIRA MAXIMINO (21 a 1 m 13 d) Sexo: M Cor: PARDA
Nascimento: 14/09/1996 Natural: MONTE ALEGRE,BRASIL Prof:
CNS: 162136015390005 CPF: Pai: JOSE ARNOR COSMO MAXIMINO
Mãe: ANA MARIA FERREIRA
Logradouro: CONJ CRESCER, 192 Cidade: BREJINHO
CEP: 59219000 Bairro: CENTRO Compl:
Telefone:84.94712490

Motivo: MOTO X CARRO - COLISAO **Tipo:** REFERENCIADO
Origem: AMBUL. INTERIOR *Empresa:

Fluxograma: Discriminador:
Classificação: 27/10/2017 21:40:40

OBS:

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TCE E VOMITO POS ACID DE MOTO
Hora:__:__

Paciente vítima de colisão moto-carro com vomitos com sangue. Estável sonolento

PROTOCOLO RECEBIDO
12 MAR 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

EXAME FISICO (PRIMÁRIO)

A vias aereas permeas s/ cervicalgia
B MV+ AHT s/ RA
C Estável
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:
Abd: normal.

TOMOGRAFIA/HMWG
Data: 27/10/17 22:2
Técnico: Soares / Monte
Exame: de crânio
Médico:

*Saída: -

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: foi Glidzer Dumie Maximiano ATNCA 27/10/14 23h.

ANAMNESE: Paciente 23A, PCE (moto) (sem capacete. Apresentou 01 vomito (sem demais.

EXAME FÍSICO: no momento: GCS = 15, sem pares, pupilas mioticas fotorreagentes (equalis isocoricas. Sem dor à palpação da coluna C1 ao L1

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: PCE

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

- radiologia = TCE: FR quase volumoso. fratura linear f. quase sem desl, d/g dura decrete 05mm cistos, bocc. ms

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Cf: Sabrina Cimple! Ao ar! sem lado no momento 23h aperto sole muito pouco.

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Nº do Boletim de Atendimento:

DESTINO DO PACIENTE: Enfermaria

DATA: 27/10/14 HORA: 23h.

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: NEA

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

Decisão Médica ☐ Á Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

I.T.E.P. ☐

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua libera

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

DESTACAR

FIQUE ATENTO À SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS, DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

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

COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59020-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0

cosern
Grupo Neoenergia

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
JOSE ARNOR COSMO MAXIMINO
CPF: 703.014.254-34

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
CJ CRESCER 192
CENTRO/AREA URBANA
59219-000 BREJINHO 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	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
20/10/2017	13/10/2017	007004812535
TOTAL A PAGAR (R$)	DATA DA APRESENTAÇÃO 13/10/2017	Nº DO CLIENTE 3010430695
48,62	NÚMERO DA NOTA FISCAL 000534841 Série: U	Nº DA INSTALAÇÃO 0000101248

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
9327.163E.FDB5.E078.C883.E042.AF1C.843E

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19429300	5,83
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,32278811	22,59
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	24,00	0,48418217	11,62
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,12
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,30
ICMS-Parcela Subvencionada			5,36
Multa por atraso-NF 000478617 - 11/08/17			0,65
Juros por atraso-NF 000478617 - 11/08/17			0,31
Atualização IGPM-NF 000478617 - 11/08/17			0,02
TOTAL DA FATURA			48,62

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencto	Dt Recv	Valor
20/09/17	13/10/17	47,81

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,14293300
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,24491300
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,34679600

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
OUT	17	124
SET	17	122
AGO	17	96
JUL	17	105
JUN	17	119
MAI	17	121
ABR	17	116
MAR	17	122
FEV	17	126
JAN	17	170
DEZ	16	258
NOV	16	103
OUT	16	104

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
42,27	18,00	7,60	42,27	1,11	0,46	42,27	5,14	2,17

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R$	%
Geração de Energia	14,79	35,00
Transmissão	1,93	4,57
Distribuição (Cosern)	9,90	23,42
Encargos Setoriais	3,01	7,12
Tributos	10,23	24,20
TOTAL	42,27	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DE MEDIÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
1525533	CAT	12/09/2017	19.740,00	13/10/2017	19.864,00	31	1,00000	0,00	124,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 15/11/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META ANUAL	META TRIM.	META MENSAL
		ago/2017			
DIC-No.de horas sem Energia	BREJINHO	2,53	5,70	11,00	23,10
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,53	5,37	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 12,32	

BUSD-Valor do Encargo de Uso = R$ 10,68

O consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. 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 10.438 de 26/04/02 - R$ 30,24 .
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 da disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R$)	VENCIMENTO
007004812535	10/2017	48,62	20/10/2017

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

838400000006 486200384077 004812535203 008044751635

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PROTOCOLO RECEBIDO
12 MAR 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

09/11/2017 12:00

PROTOCOLO RECEBIDO
12 MAR 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Gledison Ferreira Maximino,

RG nº 2.912.171, data de expedição 27/10/17, Órgão SSP/RN

CPF nº 716.149.324-25 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Cons. Cresler
Número	192
Apto / Complemento	
Bairro	Centro
Cidade	Brejinho
Estado	RN
CEP	59219-000
Telefone de Contato	(084)98780-6894/(084)99197-0155
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Brejinho/RN 20/12/17

Assinatura do Declarante: José Gledison Ferreira Maximino

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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 SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, **não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT**, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2]**.

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jonielo Nascimento Oliveira inscrito (a) no CPF 702.338.504 / 57, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Gledison Ferreira Maximino inscrito (a) no CPF sob o Nº 716.149.324 / 25, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Gledison Ferreira Maximino, inscrito (a) no CPF sob o Nº 716.149.324 / 25, 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: Cruzeiro		Número: 192	Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Brejinho	Estado: RN	CEP: 59219-000
Email:	Telefone comercial(DDD):	Telefone celular (DDD): (084) 99197-0159	

Nova Cruz/RN, 20 de Dezembro de 2017
Local e Data

Jonielo Nascimento Oliveira
Assinatura do Declarante

PROTOCOLO RECEBIDO
12 MAR 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **51997 /2017**
Admissão: **27/10/2017 21:44:38**

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente:45878 - JOSE GLEIDISON FERREIRA MAXIMINO (21 a 1 m 13 d) Sexo: M Cor: PARDA
Nascimento: 14/09/1996 Natural: MONTE ALEGRE BRASIL Prof:
CNS: 162136015390005 CPF: Pai: JOSE ARNOR COSMO MAXIMINO
Mãe: ANA MARIA FERREIRA
Logradouro: CONJ CRESCER, 192 Cidade: BREJINHO
CEP: 59219000 Bairro: CENTRO Compl:
Telefone:84 94712490

Motivo: MOTO X CARRO - COLISAO **Tipo:** REFERENCIADO
Origem: AMBUL. INTERIOR *Empresa:

Fluxograma: Discriminador:
Classificação: 27/10/2017 21:40:40

OBS:

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TCE E VOMITO POS ACID DE MOTO
Hora: __:__

Paciente vítima de colisão moto-carro com vomito e sangramento. Estável sonolento

PROTOCOLO RECEBIDO
12 MAR 2018
TESOURARIA SOLANGE
E CORRETORA DE SOUZA

EXAME FISICO (PRIMÁRIO)

A vias aéreas permeáveis
B mv+ s/ RA
C Estável
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:
Abd normal

TOMOGRAFIA
Dia: 27.10.17 22:7
Técnico: Souza / Manto
Exame:
Médico:

*Saída:

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

Nº do Boletim de Atendimento:

DESTINO DO PACIENTE:

DATA: / / HORA:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA: ITEP ☐

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua alta

Nº do Boletim de Atendimento:

DESTINO DO PACIENTE:

DATA: / / HORA:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

PROTOCOLO RECEBIDO
12 MAR 2018
TERRACO SOLAR E CORRETORA LTDA

Encaminhe-se Wolfram Regli

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJINHO/RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

BREJINHO

SUS

Retorno

RECEITUÁRIO MÉDICO

Jose Nelson Fernandes
Paciente retorno
de encaminhe ao
recto com
Thiago Carvalho
acompanhado, com
queixas no ato
adoecer.
Apresentando Astenia
PA: 120/80 FC: 83
Sat: 99% FR: 18

VAMOS COMBATER O MOSQUITO DA DENGUE

Glasgow: 15

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

ABERTURA OCULAR	GRAU	RESPOSTA MOTORA	GRAU	RESPOSTA VERBAL	GRAU	DROGAS
				OBEDECE COMANDOS	6	
		CONVERSA ORIENTADO	5	LOCALIZA A DOR	5	
ABERTURA ESPONTÂNEA	4	CONVERSA DESORIENTADO	4	FLEXÃO A DOR	4	
OBEDECE VERBAL	3	INCOMPREENSÍVEIS	3	DESTONTICOL	3	
DOR	2	SONS INTELIGÍVEIS	2	DISCREPADO	2	
SEM RESPOSTA	1	SEM RESPOSTA	1	SEM RESPOSTA A DOR	1	

PROCEDIMENTOS				EXAMES REALIZADOS	HORA	EXAMES REALIZADOS	HORA	CONTROLES	HORA	ANTIMICROBIANOS
INVASIVOS	DIAS		DIAS	RX TÓRAX		ANGIOGRAFIA		TROCA DE SV		
INTRACATH		DRENS. VEM		PUNÇÃO LOMBAR		ECA		TROCA DE SNE		
CVA PERIF.		ENTUBAÇÃO		ULTRASSONOGRAFIA		LABORATORIAIS		TROCA DE EQUIPO		
DRENO TORÁCICO		TRAQUEOSTOMIA		ECG		GASOMETRIA		TROCA DE FRASCO ASP		
NG / SNE		SONDA VESICAL		ECG				TROCA DE CIRC. RESP.		NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL
MARCA PASSO PROV.				TC				TROCA DE LÁTEX		

REGISTROS DE ENFERMAGEM

MANHÃ	TARDE	NOITE
Pac. em Mecânica de neuro, encontra-se consciente, orientado, o ambiente no HD o mesmo foi higienizado no leito, segue sem anormalidades		
Bom paciente Hup Comunicativo Orientado e dependente segue aparentemente estável bem alertado		
	Não foi medicado Dr. Ivan Ciente.	

Maria Gomes Pereira Coteu de Melo
Tec. Enfermagem
COREN-RN 105680

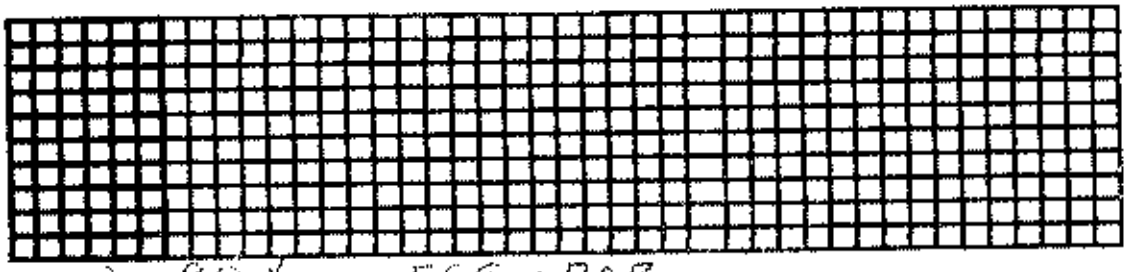
Avanilda Maria de Vasconcelos
Técnica em Enfermagem
COREN-RN 105680

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saude Publica
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

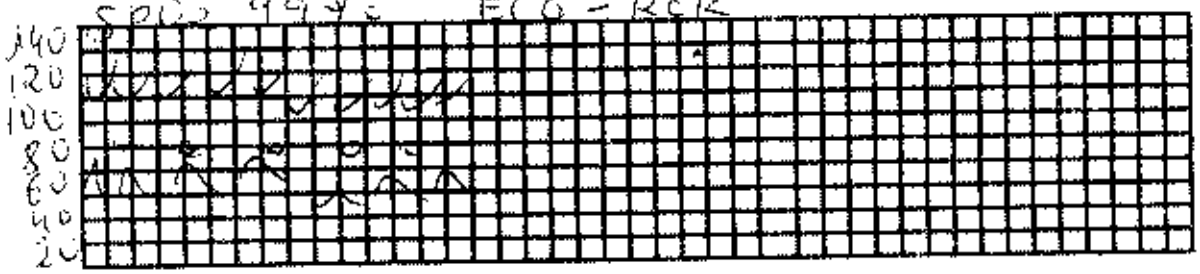
FICHA DE ANESTESIA

Paciente: José Alexandre Ferreira Maximiano ASA: ____
Idade: 22 Sexo: M Registro: 1165/04
Diagnóstico: TCE - hematoma extradural D Data: 28/10/2014
Cirurgia Realizada: Drenagem de hematoma extradural D
Cirurgião: Rinaldo Ferreira + Paulo Auxiliar: ____
Anestesiologista: Mª Helena + Simplício Enfermagem: ____
História Clínica Admissional: VRM nega comorbidades, refere cefaleia intensa, [illegible] drenagem de hematoma extradural [illegible]

Técnica Anestésica: geral balanceada + OT



SPO2 99% FC 6 - RCR



Início: 01:20 Término: ____

Anestésicos Utilizados

1. Propofol 20 ml 1 amp
2. ____
3. esquelene 2 g
4. ____
5. dipirona 2 amp
6. ____
7. midazolam
8. ____
9. dexametasona 10 mg
10. ____
11. fentanil 6 ml + 4 ml
12. ____
13. sevoflurano a 2%
14. ____

Recebi o paciente do colega Dr Simplício às 01:45 h, cirurgia em curso - Transferi o paciente às 03:30 h com [illegible] ao [illegible]

Mª Helena CRM

Assinatura do Anestesiologista - CRM

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

BOLETIM OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: [illegible] Reg. Nº 45175

Diagnóstico pré-operatório: [illegible]

Indicação terapêutica: Agudo

Urgência (✓) Eletiva ( )

INTERVENÇÃO

Data: Início: Término: Duração:

Operador: [illegible] CRM/CRO:

1º Auxiliar: [illegible] CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador: CRM/CRO:

Anestesista: [illegible] CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

[illegible]

Coleta de material anatomo-patológico: (✓) NÃO ( ) SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: (✓) NÃO ( ) SIM QUAL?

INICIO DE CIRURGIA: 01h20
CIRURGIÃO: Dr. [illegible]
1° AUXILIAR: Dr. [illegible]
2° AUXILIAR: [illegible]
3° AUXILIAR: [illegible]
TIPO DE CIRURGIA: [illegible]

TÉRMINO DE CIRURGIA: 03h30
SONDAGEM VESICAL: SIM ( ) NÃO (X) Nº DA SONDA:
SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO (X) Nº DA SONDA
EXAMES LABORATORIAIS: SIM( ) NÃO (X) RX: SIM ( ) NÃO (X)
RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM ( ) NÃO (X) TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM ( ) NÃO (X) TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM ( ) NÃO (X) FEITO FICHA: SIM ( ) NÃO (X)
MEMBRO AMPUTADO: SIM ( ) NÃO (X) ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM ( ) NÃO (X)
FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM ( ) NÃO (X)
DESPREZADO NO LIXO: SIM ( ) NÃO (X)
COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM ( ) NÃO (X) QUANTIDADE:
GAZES CONFERIDAS: SIM ( ) NÃO (X) QUANTIDADE:
CAIXA CIRÚRGICA: [illegible]
COMPLETA: SIM (X) NÃO ( ) OBS.:
ÓBITO: SIM ( ) NÃO (X) HORA: REALIZADO RCP: SIM ( ) NÃO (X)
RESPONSÁVEL PELA RCP:
PACIENTE ENCAMINHADO: CRO ( ) UTI ( ) ALTA ( )
EM AR AMBIENTE: SIM ( ) NÃO ( ) TRAQUEOSTOMIZADO: SIM ( ) NÃO (X)
ENTUBADO: SIM ( ) NÃO ( )
PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ( )
FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (X) NÃO ( )
FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (X) NÃO ( )
OBSERVAÇÕES: [illegible]

Assinatura do (a) Enfermeiro(a) | Assinatura do Circulante | Assinatura do Instrumentado

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTOS

CURATIVO	DIAS		DIAS
ATRAQUATH		TOMSEL VEIA	
E.A.P.E.M.		INTUBAÇÃO	
DRENO TORÁCICO		TRAQUEOSTOMIA	
VG/SNE		SONDA VESICAL	
SAFÇÃ PÁSCO-FLOW			

EXAMES REALIZADOS	HORA	EXAMES REALIZADOS	HORA	CONTROLES	HORA	ANTIBIOTICOTERAPIA	DIAS
RX		MICROSCOPIA					
						NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL	

REGISTROS DE ENFERMAGEM

MANHÃ	TARDE	NOITE
Encontrou-se em repouso no leito, consciente, orientado, aceitando dieta [illegible] quanto a [illegible] H.V.L. [illegible]	Assistência [illegible]	

Não oferecer, no período hospitalar, antibióticos [illegible] para clínicas e outros em caso de emergência clínica, cirúrgica, [illegible] doenças infecto-contagiosas. [illegible] consultar [illegible] entre a [illegible] e [illegible] e [illegible]

234

[illegible]

MOVIMENTO

CONSELHO TUTELAR DO RIO GRANDE DO NORTE

Sede Nova Cidade de Saúde Pública

[illegible] Wolfredo Gurgel

Prédio Eugênio Cleto Salinas

Hora	Descrição	Horário / Assinatura				
	Entra [illegible]					
	[illegible]					
	Reporta [illegible]		12°		24	
	Ficou [illegible] S/N					
	[illegible]					
	Reporta [illegible] (2dia)				24	
	Colocou [illegible]					
	Retorna [illegible] (Cartão)					
	ACCESSO					

PRESSÃO DE INFERMAGEM

PROCEDIMENTOS

EXAMES REALIZADOS

NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL

REGISTROS DE ENFERMAGEM

MANHÃ

TARDE

NOITE

PROCEDIMENTOS

INVASIVOS	DIAS		DIAS
INTRACATH		DISSECÇÃO	
VEIA PERIF.		ENTUBAÇÃO	
DRENO TORÁCICO		TRAQUEOSTOMIA	
SNG / SNE		SONDA VESICAL	
MARCA PASSO PROV.			

EXAMES REALIZADOS	HORA	EXAMES REALIZADOS	HORA
RAIO X		ANGIOGRAFIA	
PUNÇÃO LOMBAR		EDA	
ULTRASSONOGRAFIA		LABORATORIAIS	
ECG		GASOMETRIA	
ECO			
TC			

CONTROLES	HORA	ANTIMICROBIANOS
TROCA DE SF		
TROCA DE EQUIPO		
TROCA DE FOLHAS		
TROCA DE FRASCO ASP.		
TROCA DE CIRC. RESP.		NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL
TROCA DE CATETER		

REGISTROS DE ENFERMAGEM

MANHÃ	TARDE	NOITE
[illegible]		
[illegible]		
[illegible]		
[illegible]		

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Admissão de Internamento Hospitalar

N° FIA: **8542 /2017** | Prontuário: 1165101

Paciente: **46978 - JOSE GLEIDISON FERREIRA MAXIMINO**
Cartão SUS: 162136015390005 CPF: Dt Nasc: 14/09/1996
Idade: 21 anos 1 mes 13 dias Sexo: M Etnia: PARDA Estado Civil: NÃO INFORMADO
Nome da mãe: ANA MARIA FERREIRA
Nome do pai: JOSE ARNOR COSMO MAXIMINO
Rua/Av: CONJ CRESCER N°: 192
Complemento: Bairro: CENTRO
CEP: 59219000 Cidade: BREJINHO
Telefone: 84 94712490 84 94712490
Especialidade: NEUROCIRURGIA Unidade: POLITRAUMA Leito: 14
Responsável: JANIELE NASCIMENTO DA SILVA - ESPOSO (A)
Usuário: FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO

Admissão: 27/10/2017 23:05:46 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S06.4 - HEMORRAGIA EPIDURAL
403010276 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 27 de Outubro de 2017.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____ SEXO: MASC ( ) FEM ( )

DT NASCIMENTO: __/__/__

LEITO: _____ REG. Nº _____ UTI ( )

SETOR: PSA ( ) PSI ( ) CC/CRC ( ) INFERM ( ) HORA: _____

URGÊNCIA (X) ELETIVA ( ) DATA: 17 / 10 / 17

EXAMES

(X) HEMOGRAMA	(X) SÓDIO	( ) D-DIMERO
( ) GLICEMIA	(X) POTÁSSIO	(X) TAP/TTPA/INR
(X) UREIA	( ) CÁLCIO	( ) LACTATO
(X) CREATININA	( ) MAGNÉSIO	( ) FOSF. ALCALINA
( ) TGO	( ) VSH	( ) CLASSIF. ABO/RH
( ) TGP	( ) PCR	( ) B HCG
( ) BT / FRAÇÕES	( ) CPK	( ) COLESTEROL E FR *
( ) AMILASE	( ) CK/MB	( ) TRIGLICERÍDEOS *
( ) DHL	( ) TROPONINA	( ) PROT. T. FRAÇÕES *
( ) GAMA GT	( ) MIOGLOBINA	( ) SUMÁRIO DE URINA

( ) GASOMETRIA: ARTERIAL ( ) VENOSA ( )

* = EXAMES SÃO REALIZADOS NA URGÊNCIA

OUTROS EXAMES (INCLUIR EXAMES DE IMAGEM)

INDICAÇÃO CLÍNICA: [illegible]

ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, traumáticas ou de urgência, [illegible] especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e conduzir pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e [illegible]

JOSÉ GUILHERME FERREIRA

Leito . 236 29/10/2017

NED FrontoParietal Direito em 29/09/...

Evolutivo estavel, FO limpa, sem intercorrencias.

ECGL=15, sem paresias.

CD: Aguarda TC de controle pós operatório.

PRESCRIÇÃO

1 Dieta livre
2 S.F. 0,9% - 1000ml/dia
3 Plasil 2 ml + 18 ml abd IV 8/8h sn
4 Dipirona 2ml + 8 ml ABD IV 6/6h
5 Ranitidina 50mg 02mL+18mL de ABD, EV, 12/12H
6 Curativo Diário de Ferida Operatória
7 CCGG + SSVV
8 Aguarda TC de Crânio
9
10
11
12
13
14
15
16
17

JOSÉ GLENDSON FERREIRA

Leito 235 **30/10/2017**

3ºDPO de drenagem de HEO FrontoParietal Direito

Paciente evolui estável, sem intercorrências.

Ao exame: ECGL=15

Sem déficit focal

FO seca

Conduta: Alta hospitalar

PRESCRIÇÃO

1 Dieta livre NUTRIÇÃO

2 S.F. 0,9% - 1000ml/dia 500 500

3 Plasil 2 ml + 18 ml abd IV 8/8h sn 5 ml

4 Dipirona 2ml + 8 ml ABD IV 6/6h 12 18 24 06

5 Ranitidina 50mg 02mL+18mL de ABD, EV, 12/12H 18 06

6 Curativo Diário de Ferida Operatória

7 CCGG + SSVV

8 Alta hospitalar

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

RELATÓRIO D
HISTÓRIA CLÍNI
E EXAME FÍSIC

Nome	[illegible]
Leito:	Idade:
Nº Registro:	

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: Hora:

#NCR 27/10/12 22h

Paciente 21a

[illegible]

[illegible]

Sem déficit

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

fratura frontal (D)

[illegible] ao CC (Aguardando vaga)

Orientado ao paciente / familiar

27/10/12 NCR 2º [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DIVISÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

NOME: _____ ENF.: _____ LEITO: _____

IDADE: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ Nº REG.: _____

DIAGNÓSTICO: _____

TMB NC: _____

DIETA: _____

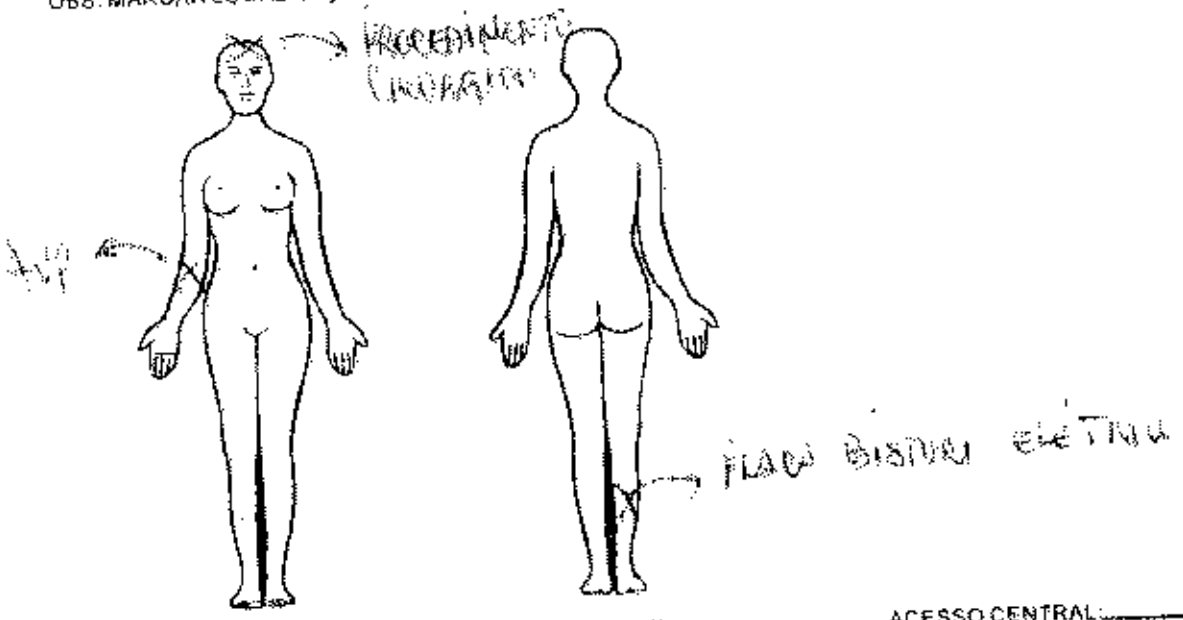
EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

DATA	TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO NUTRICIONISTA QUE FEZ

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: [illegible]
DATA DE NASCIMENTO: 14/09/1950 IDADE: [illegible] ANOS
REGISTRO: [illegible] HORA: [illegible]
DATA DE ADMISSÃO: 25/10/2017
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚGICA RESPONSÁVEL: NEUROCIRURGIA
HIDRATAÇÃO: SIM (X) NÃO ( ) VIA: PERIFÉRICO: (X) ACESSO CENTRAL: ( )
NIVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (X) ORIENTADO (X) VIGIL ( ) AGITADO ( )
INCONSCIENTE: ( )
ESTADO GERAL: BOM (X) REGULAR ( ) GRAVE ( )
SISTEMA RESPIRATORIO: AR AMBIENTE (X) M V ( ) ENTUBADO ( ) TRAQUEOSTOMIZADOR ( )
ALÉRGICO: SIM ( ) NÃO (X) HIPERTENSO: SIM ( ) NÃO (X)
DIABÉTICO: SIM ( ) NÃO (X) ASMÁTICO: SIM ( ) NÃO (X)
DOENÇA RENAL: SIM ( ) NÃO (X) OUTRAS PATOLOGIAS:
MEDICAÇÕES EM USO:
CIRURGIAS ANTERIORES:
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM ( ) NÃO ( )
OBSERVAÇÃO:
ÁREA DE TRICOTOMIA: PT DIREITA HORA: [illegible]
ÁREA DE PUNÇÃO HORA:
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JALECO N° ACESSO CENTRAL:
INSTRUMENTADOR: [illegible]
CIRCULANTE: [illegible]
TIPO DE ANESTESIA: GERAL (X) RAQUI ( ) PERIDUAL ( ) B.P.B. ( ) LOCAL ( )
OBS.:
ANESTESISTA: [illegible]
INÍCIO DE ANESTESIA: [illegible]

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

Nome: [illegible] Leito: 52
Registro: Data: 30/10/2019
Diagnóstico:
Dias de Internação:

CONTROLE

	SINAIS VITAIS						CONTROLE HÍDRICO												CUIDADOS ESPECIAIS								
							LÍQUIDO INFUNDIDO						LÍQUIDO ELIMINADO														
HORA	PA	[illegible]	[illegible]	TEMP	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
7:00																											
8:00																											
9:00																											
10:00																											
11:00																											
12:00																											
SUB-TOTAL																			BALANÇO PARCIAL:								
13:00																											
14:00																											
15:00																											
16:00																											
17:00																											
18:00																											
SUB-TOTAL																			BALANÇO PARCIAL:								
19:00																											
20:00																											
21:00																											
22:00																											
23:00																											
24:00																											
01:00																											
02:00																											
03:00																											
04:00																											
05:00																											
06:00																											
SUB-TOTAL																			BALANÇO PARCIAL:								
																			BALANÇO TOTAL								
OBS.:																											

Missão: [illegible]

CONTROLE M

CONTROLE MÉDICO

SUB-TOTAL

BALANÇO PARCIAL

SUB-TOTAL

BALANÇO PARCIAL

SUB-TOTAL

BALANÇO PARCIAL

BALANÇO TOTAL

EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO

S (ALERGIAS): Nega

M (MEDICAÇÃO EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL):

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

TC de crânio

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

vela de CG

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: NCR	HORA: 22:00	DATA: 27/10
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
		DATA:

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2912171 1.VIA DATA 31/08/2006

NOME JOSE GLEDISSON FERREIRA MAXIMINO

FILIAÇÃO
JOSE ARNOR COSMO MAXIMINO
ANA MARIA FERREIRA

NATURALIDADE
MONTE ALEGRE RN DATA NASCIMENTO 24/09/1996

DOC ORIGEM
CERT.NASC.No.000 [illegible] 1.2011 F.103
APEJUNHO/RN OO CARTORIO

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
716.149.324-25

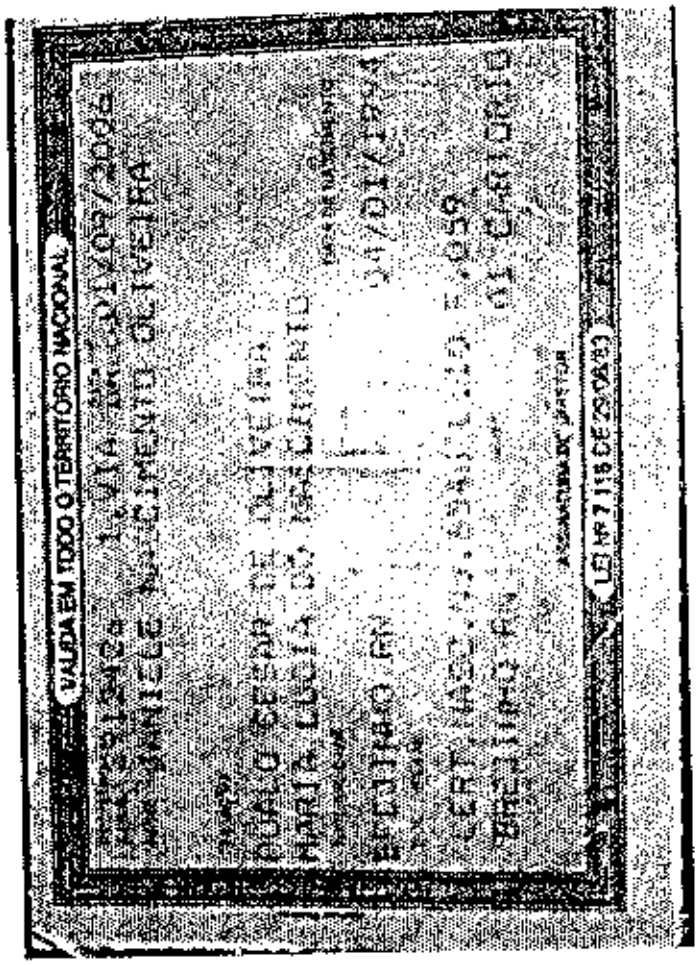
Nome
JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO

Nascimento
14/09/1986

PROTOCOLO
RECEBIDO
12 MAR 2018

Processo 0

PROTOCOLO RECEBIDO
17 MAR 2016
FURNA JO SOLANA
LOGISTICA IMPORTOS



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
702.338.604-57

Nome
JANIELE NASCIMENTO OLIVEIRA

Nascimento
04/01/1994

VÁLIDO JUNTO COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Dados do Veículo de placa MZJ1716

Em 21/12/2017 10:05:58 por ANTONIO EVERALDO DE LIMA JUNIOR

Placa	Renavam	Placa Anterior	Tipo	Categoria	Espécie	Lugares
MZJ1716	938099493	MZJ1716/RN	4-MOTOCICLETA	1-Particular	1-Passageiro	2

Marca/Modelo	Fabricação/Modelo	Potência	Combustível	Cor	Carroceria
002811-HONDA/CG 125 FAN(Nacional)	2007/2008	0	2-Gasolina	11-PRETA	999-NAO APLICAVEL

Nome do Proprietário
ANA MARIA FERREIRA

Recadastrado DETRAN
DetranNet

Proprietário Anterior
JOSE GOMES DE MACEDO

Situação Lacre
REGULAR Portaria 272/2007 DENATRAN

Município de Emplacamento
BREJINHO

Licenciado até
2017 em 05/06/2017, Licenciamento Anual no lote 010614, AR=RS056400565BR (CRLV emitido)(Via 1)

Adquirido em
20/07/2015

Situação
Em Circulação

Restrição à Venda
Sem gravame

Carnê de Licenciamento 2017
Gerado em 20/02/2017 às 19:38 hs.

Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame
Nenhuma informação pendente até esta data

Impedimentos
Nenhum impedimento registrado até esta data

Características do Veículo

Dados do Proprietário

Listagem de Débitos

Nenhum débito em aberto cadastrado para este veículo.

Listagem de Multas

Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.

Infrações em Autuação

Num.Auto	Descrição	Local/Complemento
DETRAN-120100-A 18146939-5010 Em aberto	DIRIGIR SEM POSSUIR CNH/PPD/ACC OU PERMISSAO PARA DIRIGIR Em BREJINHO no dia 27/10/2017 às 19h00min	BREJINHO PROX. A CAPELA SANTO ANTONIO

Último Processo

PROTOCOLO RECEBIDO
12 MAR 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

e l

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180114641
Cidade: Brejinho
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO
Data do acidente: 27/10/2017
Seguradora: AIG SEGUROS BRASIL S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO SÃO INSUFICIENTES PARA UMA VALORAÇÃO SEGURA

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PRESTADOR

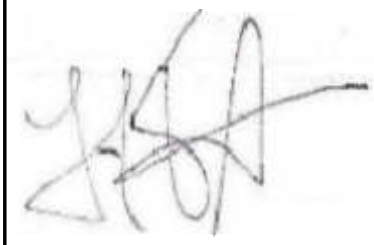
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180114641
Cidade: Brejinho
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO
Data do acidente: 27/10/2017
Seguradora: AIG SEGUROS BRASIL S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano com hematoma extra-dural fronto parietal direito e fratura frontal direita.

Descrição do exame médico pericial: déficit funcional residual do sistema nervoso central

Resultados terapêuticos: Realizada drenagem neuro-cirúrgica de hematoma extra-dural direita.
Alta em fevereiro 2018.
Cicatriz cirúrgica no couro cabeludo fronto parietal direita, sem afundamento. cefaleia pós-traumática

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/03/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

CRM do médico: 3940

UF do CRM do médico: RN

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R$ 1.350,00
		Total	**10 %**	**R$ 1.350,00**

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	José Gledison Ferreira Maximino
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Agricultor
IDENTIDADE:	2912377
ENDEREÇO:	Rua Conjunto Cruzeiro Nº 192 Centro Brejinho /RN

OUTORGADO

NOME:	JANIELE NASCIMENTO OLIVEIRA.
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	Agricultora
IDENTIDADE:	2972426
ENDEREÇO:	Rua Conjunto Cruzeiro Nº 192 Centro - Brejinho /RN

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

Brejinho/RN 20/12/17

LOCAL E DATA

RECONHECO BREJINHO

JOSÉ GLEDISON FERREIRA MAXIMINO

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Reconheço a(s) firma(s) de: José Gledison Ferreira Maximino devidamente assinada(s) com a(s) AUTENTICIDADE SEMELHANÇA. RECONHECO Brejinho/RN. 15 DEZ 2017 Em testº da verdade. Bel. Anne Kalinne Andrade Silva Tabelã Substituta

Subscritor: Anne Kalinne Andrade Silva

PROTOCOLO RECEBIDO 12 MAR 2018 TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO**

Nº Sinistro: **3180114641**
Vitima: **JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO**
Data do Acidente: **27/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JANIELE NASCIMENTO OLIVEIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180114641.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO**

Sinistro: **3180114641**
Vítima: **JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO**
Data do Acidente: **27/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JANIELE NASCIMENTO OLIVEIRA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180114641** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2018

Carta nº 12553357

A/C: JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3180114641 ASL-0088622/18**
Vitima:	**JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO**
Data Acidente:	**27/10/2017**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**JANIELE NASCIMENTO OLIVEIRA**

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Carta n°: 12704944

A/C: JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO

Nº Sinistro:	**3180114641**
Vitima:	**JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO**
Data do Acidente:	**27/10/2017**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**JANIELE NASCIMENTO OLIVEIRA**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO**
Valor: **R$ 1.350,00**
Banco: **001**
Agência: **000000614-9**
Conta: **000010024470-X**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**1.350,00**
Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%		
Graduação: Em grau residual 10%		
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%		
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R$	**1.350,00**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: ***3180114641***

Nome do(a) Examinado(a): ***JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO***

Endereço do(a) Examinado(a): ***CONJUNTO CRESCER nº 192 - CENTRO - BREJINHO/RN***

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: ***RG 2912171 - SSP***

Data e local do acidente: ***27/10/2017 BREJINHO/RN***

Data e local do exame: ***19/03/2018 NATAL/RN***

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Traumatismo craniano com hematoma extra-dural fronto parietal direito e fratura frontal direita.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizada drenagem neuro-cirúrgica de hematoma extra-dural direita.
Alta em fevereiro 2018.

III.Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Cicatriz cirúrgica no couro cabeludo fronto parietal direita, sem afundamento. cefaleia pós-traumática

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[X] SIM [ ] NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

[X] SIM [ ] NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

déficit funcional residual do sistema nervoso central

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

[ ] Vítima em tratamento

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

[ ] Sem sequela permanente

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): ***SISTEMA NERVOSO CENTRAL***

[X] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO CRM:3940/RN

Dr. Justino Nóbrega
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia de Quadril
CRM 3940 TEOT 4970

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de Indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
318011464-1	716.149.324-26	José Gledison Ferreira Maximino

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: José Gledison Ferreira Maximino		CPF titular da conta: 716.149.324-26	Profissão: Agricultor
Endereço: Conjunto Cruzeiro		Número: 192	Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Bryanho	Estado: RN	CEP: 59219-000
Email:			Telefone (DDD):

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[ ] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

[x] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO
Banco do Brasil	001

AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
0614	9	24.470	8
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Nova Cruzeiro, 10 de Abril de 2018
Local e Data

PROTOCOLO RECEBIDO
16 ABR 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

José Gledison Ferreira Maximino
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
12/04/2018 - Autoatendimento 09:31:08
051471009 0119

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO JOSE G FERREIRA MARININ
AGENCIA: 0614-9
CONTA: 24.470-8
VALOR * [redacted]
NR. ENVELOPE 2.348.341.871

* Acolhido em: 12/04/2018, na Agência 0614-9.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente bancario serao conferidos e processados ate as 23h59 do mesmo dia. Apos o expediente bancario, aos sabados, domingos e feriados, ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado, o envelope sera processado pelo valor apurado. Envelopes vazios nao serao abertos e permanecerao disponiveis por 60 dias na agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos canais BB na opcao "Consulta Envelope": Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronico. Central de atendimento BB: 4003-0148 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento, entre outras informações.

PROTOCOLO RECEBIDO
16 ABR 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL:

CPF da Vítima: 716.149.324-25

Nome completo da vítima: José Gledison Ferreira Maximino

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: José Gledison Ferreira Maximino

CPF titular da conta: 716.149.324-25

Profissão: Aquicultor

Endereço: Rj - Buscar

Número: 192

Complemento:

Bairro: Centro

Cidade: Brejinho

Estado: RN

CEP: 59219-000

Email:

Telefone (DDD): (084) 98780-6844

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

- [x] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
  - [ ] BRADESCO (237)
  - [x] BANCO DO BRASIL (001)
  - [ ] ITAÚ (341)
  - [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 2318 D/V: 3 (Informar dígito se existir)

CONTA NRO.: 23.641 D/V: 1 (Informar dígito se existir)

- [ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: NRO.:

AGÊNCIA NRO.: D/V: (Informar dígito se existir)

CONTA NRO.: D/V: (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Nova Cruz/RN 20 de Dezembro de 2017
Local e Data

PROTOCOLO RECEBIDO
12 MAR 2018
TERRA PROSOL ADM E CORRETORA DE SEGS

José Gledison Ferreira Maximino
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Banco Postal

Abertura de Conta [illegible]

Agencia : [illegible] Id. Trx. : 52201
Terminal : [illegible] Caixa : [illegible]
Nro Aut. : 100944
Data : 15/12/2017 Hora : 10:18
(Horario de Brasilia)

BANCO DO BRASIL

[illegible]

COMPROVANTE
PROPOSTA DE ABERTURA DE CONTA PESSOA FISICA

TITULAR: JOSE GERDSON FERREIRA MACIEL
AGENCIA: 2313-3 CONTA: 23641-1
VARIACAO POUPANCA: 51

23.641-1

PROTOCOLO RECEBIDO
12 MAR 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
5º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
Rua Assis Chateaubriand, 610 – Centro – Nova Cruz/RN – CEP: 59215-000
Fones: (84) 3281-5887 e 3281-3118 – E-mail: dpra5@hotmail.com

PROTOCOLO RECEBIDO
12 MAR 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

ADENDO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 044540

Certifico, em razão do meu oficio e atendendo a parte interessada, que no BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 044540, datado de 27/10/2017 (Colisão Lateral) em seu item 3 VEÍCULO 01: seguem abaixo as informações complementares que foram apresentadas posteriormente, tendo em vista que as informações hora apresentadas neste BOAT não poderiam ser colhidas no dia do acidente em virtude da vitima ser socorrida para o hospital.

Nascimento: 14.09.1996
Endereço: Rua Mermoz, 150 Bairro: Baldo, Cidade: Natal-RN
CPF: 716.149.324.26

3 - VEÍCULO 01:
Placa ou Chassi: MZJ 1716 Cidade: BREJINHO UF: RN
Marca/Mod.: HONDA LEG 125 FAN Cor: PRETA Ano: 2007/2008
Proprietário: ANA MARIA FERREIRA Nº de Ocupantes: 01
Condutor: JOSÉ GLEDISON FERREIRA MAXIMINO Data de Nasc.: / /
Endereço: Nº: Fone:
Bairro: Cidade: UF:
CPF Nº: CNH Nº: Validade: / / Categoria:
Local de Trabalho: Fone:
End.: Nº: Bairro: Cidade:

Certifico, ainda que em seu item 13 – Vitima: condutor de V1 faltou inserir os seguintes dados:
Vítima: Condutor de V 1 Conduzido para: Hospital Local
Nome: José Gledison Ferreira Maximino
RG: 2912171 Orgão Expeditor: SSP/RN Data de Nascimento: 14.09.1996
Endereço: Rua Mermoz 150 Cidade: Natal-RN

13 – ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Prescindiu: ☐ Fasp ☐ Registro
Nome:
RG Nº: Orgão Expeditor: Data de Nascimento: / /
Endereço: Nº: Fone:
Bairro: Cidade: UF:
Versão:
Assinatura: Hora:

O referido é verdade. Dou fé. Aos 21 dias de Fevereiro de 2018.

Cb PM Gilvando Flôrencio
Matrícula: **165.718-6**
Agente de Trânsito do 1º GPRE/5°DPRE/CPRF

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 044540

1 - LOCAL E DATA

Local: SITIO XIQUE-XIQUE Bairro: ZONA RURAL
Cidade: BREJINHO P. Ref.: CAPELA SANTO ANTÔNIO
Data: 27/10/2017 Hora do acidente: 18:00 Hora do registro: 20:30 Dia da semana: SEXTA

PROTOCOLO RECEBIDO
12 MAR 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- [ ] Colisão Frontal
- [x] Colisão Lateral
- [ ] Capotamento
- [ ] Atropelamento
- [ ] Colisão Posterior
- [ ] Colisão Transversal
- [ ] Choque
- [ ] Outro(s)

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi: MZJ 1716 Cidade: BREJINHO UF: RN
Marca/Mod.: HONDA / CG 125 FAN Cor: PRETA Ano: 2007 / 2008
Proprietário: ANA MARIA FERREIRA Nº de Ocupantes: 01
Condutor: JOSÉ CLEDISON FERREIRA MARINHO Data de Nasc.: / /
Endereço: Nº: Fone:
Bairro: Cidade: UF:
CPF Nº: CNH Nº: Validade: / / Categoria:
Local de Trabalho: Fone:
End.: Nº: Bairro: Cidade:

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi: MYV 8946 Cidade: NOVA CRUZ UF: RN
Marca/Mod.: GM / CELTA LP SUPER Cor: PRATA Ano: 2007 / 2008
Proprietário: ANNE ELIZABETH MOREIRA DE SOUZA Nº de Ocupantes: 04
Condutor: A PROPRIETÁRIA Data de Nasc.: 30/03/1962
Endereço: RUA OSEAR FIRMINO DE MEDEIROS Nº 220 Fone: 84 9 8241
Bairro: ALTO DAS FLORES Cidade: NOVA CRUZ UF: RN
CPF Nº: 393 105 234 68 CNH Nº: 01089466006 Validade: 04/08/2020 Categoria: B
Local de Trabalho: ESCOLA ESTADUAL ALBERTO MARANHÃO Fone:
End.: Nº: Bairro: Cidade:

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi: Cidade: UF:
Marca/Mod.: Cor: Ano: /
Proprietário: Nº de Ocupantes:
Condutor: Data de Nasc.: / /
Endereço: Nº: Fone:
Bairro: Cidade: UF:
CPF Nº: CNH Nº: Validade: / / Categoria:
Local de Trabalho: Fone:
End.: Nº: Bairro: Cidade:

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi: Cidade: UF:
Marca/Mod.: Cor: Ano: /
Proprietário: Nº de Ocupantes:
Condutor: Data de Nasc.: / /
Endereço: Nº: Fone:
Bairro: Cidade: UF:
CPF Nº: CNH Nº: Validade: / / Categoria:
Local de Trabalho: Fone:
End.: Nº: Bairro: Cidade:

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor: QUE TRAFEGAVA EM UMA MÉDIA DE 60 KM/H, QUE AO TENTA FAZER A CURVA COLIDIU COM O CARRO QUE VINHA NO SENTIDO CONTRÁRIO.

Assinatura do Condutor do V1: X

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor: INFORMA QUE O CONDUTOR DE V3 ENVADIO A SUA PISTA, QUE A MESMA TENTOU DIVAR PUXANDO O CARRO PARA O ACOSTAMENTO, MESMO ASSIM NÃO CONSEGUI EVITAR A COLISÃO.

Assinatura do Condutor do V2: Anna Elizabeth [illegible]

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4 _____

8 – CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
☐ Amanhecendo	☒ Bom	☒ Asfalto	☐ Reta	☒ Seca	☒ Inexistente
☐ Pleno Dia	☐ Nublado	☐ Paralelepípedo	☒ Curva	☐ Molhada	☐ Do Agente de Trânsito
☐ Anoitecendo	☐ Chuva	☐ Concreto	☐ Aclive Ingreme	☐ Lamacenta	☐ Do Semáforo
☐ Noite c/ Iluminação	☐ Neblina	☐ Cascalho	☐ Aclive Suave	☐ Poças D'agua	☐ Faixa de Pedestre
☒ Noite s/ Iluminação	☐ Outros _____	☐ Terra	☐ Declive Ingreme	☐ Oleosa	☐ Lindas _____
☐ Iluminação Deficiente		☐ Outros _____	☐ Declive Suave	☐ Enfumaçada	☐ Placas _____
			☐ Escadaria	☐ Em Obras	☐ Lombada eletrônica
			☐ Cruzamento	☐ Com Barraca	☐ Vel. Máx. Perm. ___ KM/H
			☐ [illegible]	☐ Com Areia	☐ _____
			☐ [illegible]	☐ _____	☐ _____
			☐ [illegible]	☐ _____	☐ _____
			☐ [illegible]	☐	
			☐ _____	☐	

9 – CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

ÁRVORE

VESTÍGIOS

SEMÁFORO

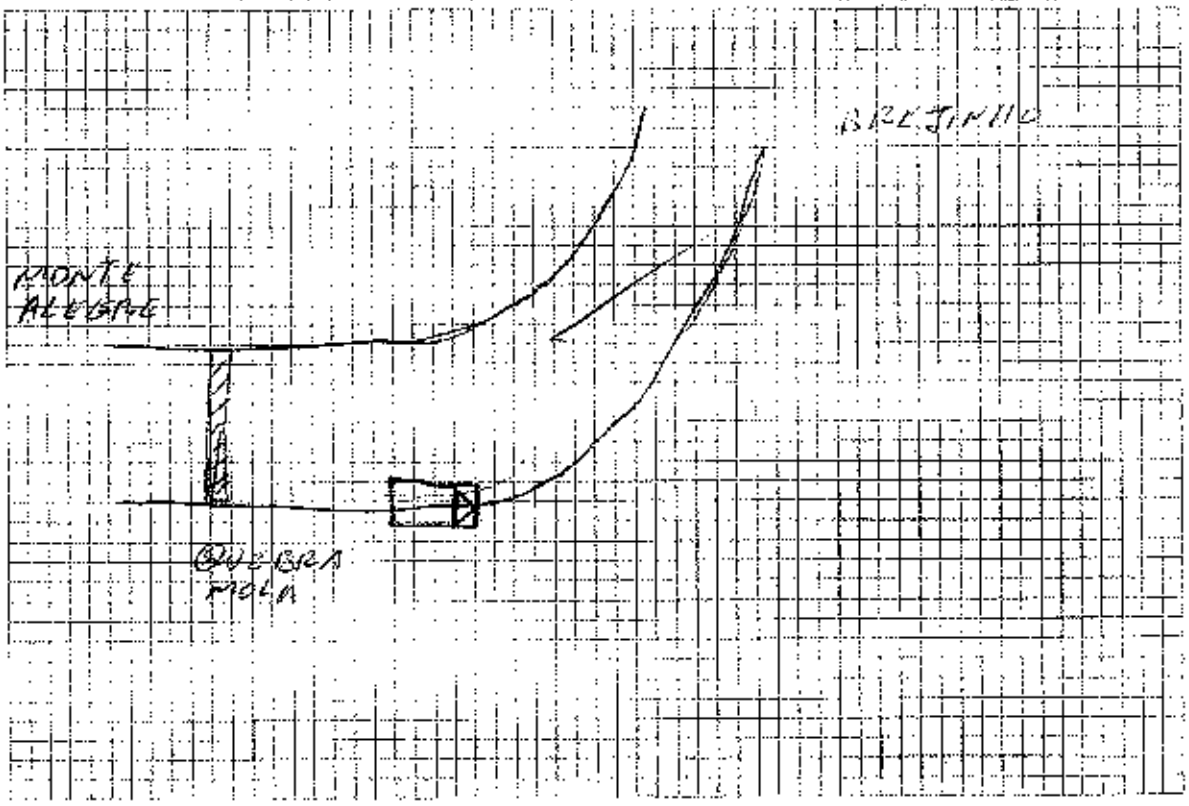
PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

CARRETA



10 – AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

MOTOR, PAINEL

AVARIAS DO VEÍCULO 2

SUSPENSÃO DIANTEIRA ESQUERDA, CAPUZ

AVARIAS DO VEÍCULO 3

AVARIAS DO VEÍCULO 4

11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☒ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome RAFAELA XAVIER MARQUES DE MELO
RG Nº 002364098 Órgão Expedidor ITEP-RN Data de Nascimento 16/11/1988
Endereço RUA PROF. JOSEFIO DE ALMEIDA QUARTE 188 Fone 88560265
Bairro CENTRO Cidade NOVA CRUZ UF RN.
Versão CONFIRMA A VERSÃO DA CONDUTORA DO V2.

Assinatura Hora

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☒ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome ANNE GABRIELA PEREIRA DE SOUZA MELO
CPF 03507801464 Órgão Expedidor Data de Nascimento 27/04/1990
Endereço RUA OSCAR FIRMINO DE MEDEIROS Nº 220 Fone 84617079
Bairro ALTO DAS FLORES Cidade NOVA CRUZ UF RN
Versão RATIFICA A VERSÃO DA CONDUTORA DE V2.

Assinatura Hora

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome
RG Nº Órgão Expedidor Data de Nascimento / /
Endereço Nº Fone
Bairro Cidade UF
Versão

Assinatura Hora

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome
RG Nº Órgão Expedidor Data de Nascimento / /
Endereço Nº Fone
Bairro Cidade UF
Versão

Assinatura Hora

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa Cidade UF Marca/Modelo
Nome RG Nº Órgão Exp.
Endereço Nº
Bairro Cidade Fone

16 - IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AIT Nº CÓD/DESD

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

* AO CHEGAR NO LOCAL V1 HAVIA SIDO REMOVIDO DO LOCAL POR POPULARES.

Nome Completo do Agente EILUANDO FLORENCIO BATISTA
POSTO/GRAD.: CB PM PM Nº 2000 1264 Viatura 530 Subunid.: 5ª OPRE
Local e Data BREJINHO, 27 de 10 de 2017.

Assinatura do Agente de Trânsito