
Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200012167

Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 24/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200012167

Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 24/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000003070-8**

Conta: **0000043665-8**

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 702.043.444-41 4 - Nome completo da vítima: Shanatan Leocadio de Oliveira

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

5 - Nome completo: Shanatan Leocadio de Oliveira 6 - CPF: 702.043.444-41
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rio Guarapiranga/Residencial Mestre Luciano 9 - Número: 560 10 - Complemento: AP: 403 BL: 3
11 - Bairro: Guarapiranga 12 - Cidade: Natal 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59074-776
15 - E-mail: (84) 9 9134-3008 16 - Tel. (DDD): 99806-1091

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 a R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO (237)
AGÊNCIA: 3070 8 CONTA: 43665 8
(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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Parnamirim 20 de Dezembro de 2019.

Marcelo Mano Leocadio
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Marcelo Mano Leocadio
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 056047/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/11/2019 10:32 Data/Hora Fim: 01/11/2019 11:02
Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos

Data/Hora do Fato: 24/10/2019 12:40

Local do Fato

Município: Natal (RN)
Logradouro: AVENIDA SENADOR SALGADO FILHO

Bairro: Tirol
Nº: S/N

Ponto de Referência: EM FRENTE AO WALFREDO
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARCIA MARIA LEOCÁDIO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Santana do Sexo: Feminino

Profissão: Do Lar

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria das Graças Leocádio

Nome do Pai: Manoel Joaquim Neto

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 074.603.744-90

Endereço

Município: Natal - RN
Logradouro: R Rio Guarapes
Complemento: BL-J APTO-403
Bairro: Guarapes
Telefone: (84) 99909-1410 (Celular)

Nº: 560

CEP: 59.074-776

Nome Civil: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Santana do Sexo: Feminino Nasc: 21/03/2004

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Marcia Maria Leocádio

Nome do Pai: José de Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 702.043.444-41

Endereço

Município: Natal - RN
Logradouro: R Rio Guarapes
Complemento: bl-j apto. 403
Bairro: Guarapes

Nº: 560

CEP: 59.074-776



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 056047/2019

Telefone: (84) 99909-1410 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Natal - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Microônibus/Ônibus
Descrição ônibus	CPF/CNPJ do Proprietário 09.326.382/0001-12
Placa LPW4474	Renavam 00330933876
Número do Motor 924919U0940854	Número do Chassi 9BM384078BB788400
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Número da Carroceria BUSUCFBTNBA311782CIFE
Cor BRANCA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Natal	Marca/Modelo M.BENZ/MPOL TORINO U
Modelo M.BENZ/MPOL TORINO U	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 02/12/2014	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE, GENITORA DA VÍTIMA, COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL E INFORMOU QUE NA DATA E HORA CITADOS SEU FILHO, MENOR, VINHA COMO PASSAGEIRO NO ÔNIBUS EM TELA, COM O BRAÇO ENCOSTADO NA JANELA, E QUE POSSIVELMENTE BATEU EM UM POSTE, VINDO A SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 55302/2019, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO, QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE A MOTORISTA DISSE NÃO PODER PRESTAR SOCORRO, POIS ESTAVA DIRIGINDO E COBRANDO, EVADINDO-SE DO LOCAL.

NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

Janir Azevedo de Paiva
Agente de Polícia
Matrícula 170.234-3
Responsável pelo Atendimento

Marcia Maria Leocádio
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 702.043.444-41 4 - Nome completo da vítima: Shanatan Leocadio de Oliveira

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

5 - Nome completo: Shanatan Leocadio de Oliveira 6 - CPF: 702.043.444-41
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rio Guarapiranga/Residencial Mestre Luciano 9 - Número: 560 10 - Complemento: AP: 403 BL: 3
11 - Bairro: Guarapiranga 12 - Cidade: Natal 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59074-776
15 - E-mail: (84) 9 9134-3008 16 - Tel. (DDD): 99806-1091

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO (237)
AGÊNCIA: 3070 8 CONTA: 43665 8
(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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Parnamirim 20 de Dezembro de 2019.

Marcelo Mano Leocadio
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Marcelo Mano Leocadio
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **55302 /2019**

Admissão: **24/10/2019 13:03:31**

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - LARANJA

Paciente: 148918 - JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA (15 a 8 m 29 d)

Nascimento: 21/03/2004 Natural: SANTANA DO MATOS, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 70204344441

Prof: ESTUDANTE

Mãe: MARCIA MARIA LEOCADIO

Pai:

Logradouro: RIO GUARAPES, 560

CEP: 59074776

Bairro: GUARAPES

Cidade: NATAL

Telefone: 84 .99742859

Compl:

Motivo: OUTROS FERIMENTOS

Tipo: REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

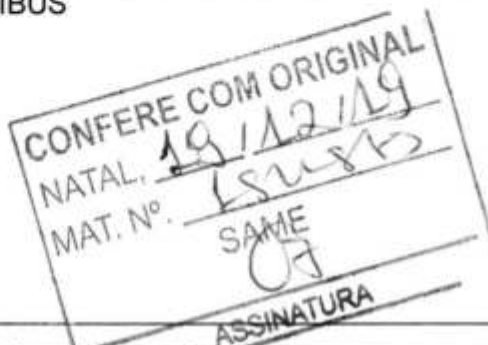
*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 24/10/2019 12:52:11				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: FRATURA EXPOSTA CAUSADA EM ONIBUS

Hora: ____:____



EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 24/10/2019 14:46:27 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

21/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03070-8

CONTA: 000000043665-8

Nr. Autenticação

BRADESCO2101202005000000000023703070000000043665472500 PAGO



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Memória, 150, Belém, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055189-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO CANINDÉ RIBEIRO DUAS ANJOS

CPF 700.332.364-88 NIS: 23791562270

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BARRA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA RIO QUARAPÉ 560 AP-403
RESIDENCIAL MESTRE LUCARINO BL-J

QUARAPÉ/ÁREA URBANA
NATAL RN
59074-776

Nº DE NOTA FISCAL	NOME	EMISSÃO
026015534	ÚNICA	26/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA SUBSTÂNCIA
260909610	301138476	2724328

CONTA CONTINUA	MÊS
7013352709	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	04/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	24/09/2019
	105,14

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,21655941	6,49
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,37089167	25,96
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	69,2100000	0,55633736	38,39
Adicional de Iluminação			0,43
Adicional de Bandeira VERMELHA			5,30
Contribuição Pública Municipal			6,88
ICMS-Parcela Subvencionada			7,83
Multa por atraso-NF 026237021 - 25/08/19			1,76
Juros por atraso-NF 026237021 - 25/08/19			0,78
Atualização IOPM-NF 026237021 - 25/08/19			0,66

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	ATUAL	LEITURA	CONSUMO (kWh)
21891118	CA1	26/09/19	1.249,00		1.491,00		242,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)
AGO 18	183
SET 18	185
OUT 18	194
NOV 18	203
DEZ 18	188
JAN 19	137
FEB 19	30
MAR 19	30
ABR 19	30
MAY 19	32
JUN 19	38
JUL 19	71

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
14,4	12,0	1,73
14,4	0,7	0,10
14,4	3,42	0,49

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	PREÇO	VALOR	%
Geração de Energia	R\$ 0,21	6,49	6,16%
Transmissão	R\$ 0,37	25,96	24,58%
Distribuição (Custos)	R\$ 0,55	38,39	36,36%
Perdas de Energia	R\$ 1,76	1,76	1,67%
Encargos Setoriais	R\$ 0,78	0,78	0,74%
Tributos	R\$ 0,66	0,66	0,62%

3FZ EES7 EEP 85P8 85AF 3474 9472 0870

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague a partir de agora pelo valor fixo de R\$ 10,00 (dez reais) por mês, independentemente do consumo, para garantir a continuidade do fornecimento de energia elétrica em sua residência. Este valor é composto por: R\$ 6,49 (seis reais e quarenta e nove centavos) referente ao consumo de energia elétrica e R\$ 3,51 (três reais e cinquenta e um centavos) referente aos encargos setoriais e tributos. Este valor é válido para o mês de setembro de 2019. Para saber mais informações, consulte o site www.cosern.com.br ou ligue para 0800-0000000.

ATENÇÃO COSERN PARA QUE VOCÊ POSSA CONTAS EMABERTO

VERDE	AMARELO	VERMELHO
Até 30 kWh	De 30 a 100 kWh	Acima de 100 kWh

Para garantir a continuidade do fornecimento de energia elétrica em sua residência, é necessário que você mantenha suas contas em aberto. Caso contrário, a Companhia Energética de Rio Grande do Norte poderá interromper o fornecimento de energia elétrica em sua residência.

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1344045832

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTERUA MERMOS, 150, BALDO
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0

COSERN

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 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
SEVERINA JULIA DE LIMADATA DE VENCIMENTO
11/12/2019DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL

04/12/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

04/12/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

033941603

CONTA CONTRATO
7001931380

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL

Monofásico

B1

ENDEREÇO

RUA BRASILÍCIO CAMILO 122 -FT -
ANEQUIM/AREA URBANA -59173-000
GOIANINHA RN -TOTAL A PAGAR
R\$ 63,66

PERÍODO CONSUMO

04/11/2019 a 04/12/2019

CONSUMO

82

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 10,25

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 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**

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/BIBLIOTECASWEB/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 Marcander Bernardino de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.089.354 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jhonatan Jescadio de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.043.444 / 41

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez 12 anos da Vítima Jhonatan Jescadio de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.043.444 / 41, 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: <u>Rua Brasilício Camilo</u>	Número: <u>122</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Arequin</u>	Cidade: <u>Goianinha</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59173-000</u>	Tel.(DDD)(84) <u>99806-1091</u> <u>841 99134-3608</u>

Local e Data: Parnamirim 20 de Dezembro de 2019.

Marcander Bernardino de Souza
Assinatura do Declarante

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **148918 JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA**

Prontuário:

CNS: Nascimento: 21/03/2004

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARCIA MARIA LEOCADIO

Pai:

Endereço: RUA AGRESTINA, 0 - PLANALTO - NATAL

Fone: 99742859 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810

UF: RN

CEP: 59073-270

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 29989 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRURGICO



RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

SEMILOGIA

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S42.3 FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO*408020393. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

UMERO DIAFISARIA;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

MARIO ARNAUD MELO DE ABREU

CRM: 5476 / RN

Data da Solicitação 24/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora:

Nº do bilhete: Série:

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa:

CNAE da Emp.: CBOR:

() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Número da Autorização:

Data da Autorização: / / Assinatura/Carimbo:



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: JHONATY LACADIO DE OLIVEIRA Idade: _____ N° Reg.: _____
Serviço: Cl. Plástica Enf.: _____ Leito: 258

AO SERVIÇO: Ortopedia

MOTIVO DA CONSULTA: - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

paciente em 70s operado
de extensão de pele
fixados em MSD

solicitação avaliação e
acompanhamento caso

Natal/RN, 11 de 11

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 19/12/19
MAT. Nº. 152-875
de SAME

Edilson Carlos de Souza
Cirurgia Plástica CRM 2127
CPF Nº 178.764-15 ISS 110.342

Médico que solicita o parecer

PARECER: ORTOPEDIA

PACIENTE PRECISA SER TRANS-
FERIDO PARA OUTRO HOSPITAL
CRONENCIADO E OPERAR ORTO-
PEDIA. O MEMBRO DORSAL
DOITO (com F. L. B. B. B. B.) MAIS
LAPOE O NERVO RADIAL E ULNA-

ATENDIMENTO

* FEIXES PARA O
MEMBRO

Natal/RN, 12 de 12 de 12

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 TEOT 11295

Médico que emite o parecer



GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE

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

238

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 04/10/19 _____ Alta: _____/_____/_____
Nome: DONATIAN LEOCADIO DE OLIVEIRA Naturalidade: SANTANA DO MAT
Idade: 15 ANOS Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: 02/03/2000
RG: 3.392.719 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: _____
Filiação: Pai: JOSE DE OLIVEIRA
Mãe: MARCIA ME LEOCADIO
Endereço: R. Rio Guaranás, 560 - Res. Mestre Luciano
Bairro Guaranás Cidade: Natal
Telefone: 99909-1410 - Mãe (Mae) () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: 99904-3845 - Kleiton (pai) Outros telefones: _____
Composição familiar: Mãe, 01 filho e 02 irmãos (04 pessoas)
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: _____ Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa: _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
(X) Socorrido em via pública () Outros meios: _____
() Encaminhado: Hospital de origem: _____

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não (X) Sim Qual o motivo? Mental.
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: MARIA ME LEOCADIO
Parentesco: Mãe Telefone: 99909-1410
Endereço do Responsável: O mesmo.

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Chamado vítima de Colisão Onibus com Pastor. Foi
trazido por pessoa envolvida no acidente. Foi
cadastro de acompanhante e orientações.

Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

Rosália M. Fernandes
Assistente Social
CRESS 999

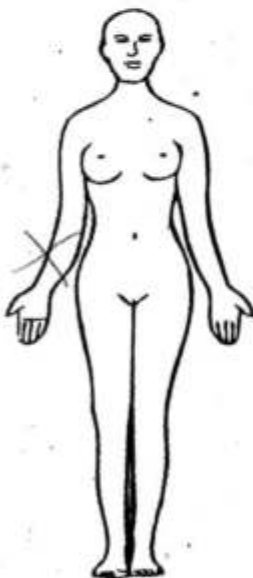


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Jonatan Leonardo de Oliveira
DATA DE NASCIMENTO: 25-03-2004 IDADE: 15 A
REGISTRO: FIA 10142-2019
DATA DE ADMISSÃO: 24/10-2019 HORA: 15h30
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia
HIDRATAÇÃO: SIM (X) NÃO () VIA: PERIFÉRICO (X) ACESSO CENTRAL: ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (X) ORIENTADO (X) VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: ()
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (X) GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () 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:
ÁREA DE PUNÇÃO:
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JALECO Nº _____ ACESSO CENTRAL: _____

INSTRUMENTADO: Ama Karla
CIRCULANTE: Anderson

TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDURAL () B.P.B. (X) LOCAL ()

OBS: _____

ANESTESISTA: Dr. Gilberto

INÍCIO DE ANESTESIA: 15:20

TÉRMINO DE ANESTESIA: 17:35 / 17:50

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: _____

HORA: _____

CONFERE COM ORIGINAL
NAT. Nº: 12/12/19
MAT. Nº: 1508026
SAME
ASSINATURA

Lote: 101771 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTÉRIL
Fab.: 16/08/2018 Val.: 08/2023
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMÍNIO
Lutz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 000318 Código: AF35 8 680
PINO INTRAMEDULAR ÓSSEO - R
C X 4,5 X 200 XT
Fab.: 16/08/2018 Val.: 08/2023
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX F138
Lutz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br



INICIO DE CIRURGIA: 15:40
CIRURGIÃO: Dr. Alexandre Amorim
1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:
TIPO DE CIRURGIA: Intussusceção do Vêmico e Intestoplastia Primária

TÉRMINO DE CIRURGIA: 17:30
SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (X)
SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X)
EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (X) RX: SIM () NÃO ()
RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO () TIPO:
RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (X) TIPO:
11

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 (X) NÃO () QUANTIDADE: 20 UNIDADES
GAZES CONFERIDAS: SIM (X) NÃO () QUANTIDADE: 30 UNIDADES
CAIXA CIRÚRGICA: 24 UNIDADES

COMPLETA: SIM () NÃO (X) OBS.:
ÓBITO: SIM () NÃO (X) HORA:
RESPONSÁVEL PELA RCP:
PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (X) UTI () ALTA ()
EM AR AMBIENTE: SIM (X) NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()
ENTUBADO: SIM () NÃO (X)
PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ()
FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (X) NÃO ()
FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (X) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: Paciente Acolitico admitido em sala Operatória
AS 15h30 proveniente do PS - apresentava consciente e orien-
tado, eufórico em ambiente em estado regular com
lesão traumática em Ombro Direito Apresentando SSVV: Pa-
rox 60 mmHg, FC 100 bpm e SpO2 100%. com AVP em
MSE sem sinais Riológicos, per encaminhado ao EAO cor-
relato e orientado. SSVV estáveis

Manoel Egidio Silva Júnior
Assinatura do(a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

**BOLETIM
OPERATÓRIO**

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jonathan Leonardo da Silva Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: Tumor de ardo

Indicação terapêutica: Leve paraf Urgência () Eletiva (☒)

INTERVENÇÃO

Data: 24/10/19 Início: Término: Duração:

Operador: José Alves

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar:

Instrumentador: _____

Anestesista: G. B. C. 12

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

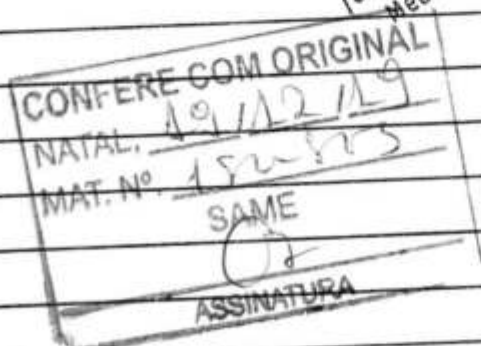
RELATORIO DA INTERVENÇÃO

Los autos. Después, interponer los peticiones originales, y
explicar que el grupo de los autos +
pueda de la misma manera - Interponer peticiones. Luego para
el caso 3º - el grupo

~~Arz. Hamiltonianus~~ But can justify

04.13.04.027.8(3) Tol2 (741,69)

João Alves Martins
Médico / CRM 2484



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

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

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



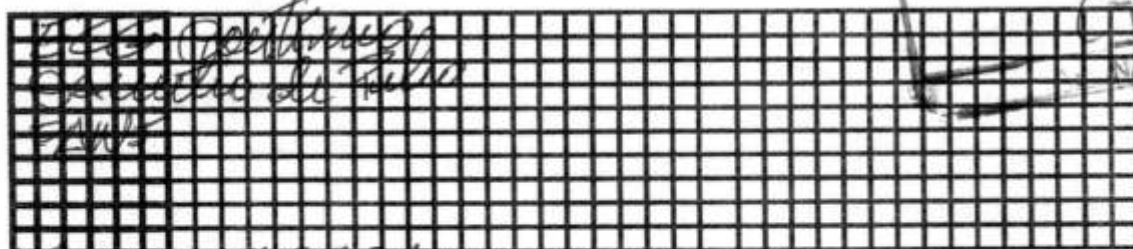
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Flaquatan Leonardo de Lima ASA: E1
Idade: 159 Sexo: M Registro: 24/10/19
Diagnóstico: Lesão exposta de um antebraço e cotovelo
Cirurgia Realizada: Amputação de um antebraço + cotovelo
Cirurgião: Reinaldo Azeiteiro Auxiliar: Auxílio
Anestesiologista: Celso Enfermagem:
História Clínica Admissional: Paciente com história de trauma no MSD.
Nega álcool e drogas.

Técnica Anestésica: Bloqueio Plexo braquial

CONFEE
NATAL. 19.12.19
MAT. Nº. 152
NATURA



Início: 15:20

Término: 17:35 / 17:50

Anestésicos Utilizados:

1. Propofol 1% 200 mg
2. Midazolam 500 mg
3. Clopidogrel 150 mg
4. Geopiridina 80 mg
5. Midazolam 3 mg
6. Difenidramina 2 g
7. Fentanil 70 µg
8. Colcecidina de 1 mg/ml L
9. Ceftriaxona 80 mg
10. Fluorina 3 g
11. Ceftriaxona 2 g
12. Fluorina 1 g
13. Dexametasona 10 mg
14.

Encaminhamento: Encaminhado ao CSO acordado, PA = 105 x 65
FC = 93, SaO₂ = 100%

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 Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jonathan B. de Sousa Reg. Nº 25.000.000Diagnóstico pré-operatório: Fratura separação ungueal eIndicação terapêutica: Antes-alco Urgência ☒ Eletiva ☐

INTERVENÇÃO

Data: 24/10/19 Início: 10h Término: 11h Duração: 1hOperador: Dr. Ricardo Araújo CRM/CRO: 5001 T207 11.951º Auxiliar: Dr. Ricardo Araújo CRM/CRO: 5001 T207 11.952º Auxiliar: Dr. Ricardo Araújo CRM/CRO: 5001 T207 11.95Instrumentador: Dr. Ricardo Araújo CRM/CRO: 5001 T207 11.95Anestesista: Dr. Ricardo Araújo CRM/CRO: 5001 T207 11.95

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- (1) Deu hito dorsal
- (2) Anestesia
- (3) Limpeza interna com 1000
- (4) Ant. 1000
- (5) Aplicação de campo
- (6) Lavagem na área de 1000/1000
- (7) Deu hito dorsal
- (8) Fixação do antegordo com 1000 (ulna)
- (9) Deu hito dorsal com 1000
- (10) Deu hito dorsal com 1000
- (11) Deu hito dorsal com 1000
- (12) Deu hito dorsal com 1000

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 T207 11.95

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

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



ANTEBRAÇO AP

Id. Paciente: 550
Paciente: JHON
HOSPITAL MON



EOCADIO DE OLIVEIRA
R WALFREDO GURGEL



ANTEBRAÇO AP

35,1 %
Técnico: TIAGO ROCHA
Idade: 15 ano(s)



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 55302 /2019
Admissão: 24/10/2019 13:03:31

CIRURGIA GERAL - LARANJA

Paciente: **148918 - JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA** (15 a 7 m 3 d)
Nascimento: 21/03/2004 Natural: SANTANA DO MATOS, BRASIL
CNS: CPF: 70204344441 Prof:
Mãe: MARCIA MARIA LEOCADIO Pai:
Logradouro: AGRESTINA, 0 Cidade: NATAL
CEP: 59073270 Bairro: PLANALTO Compl:
Telefone: 84 99742859

Sexo: M Cor: PARDA

Motivo: OUTROS FERIMENTOS
Origem: FAMILIA

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 24/10/2019 12:52:11

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: FRATURA EXPOSTA CAUSADA EM ONIBUS

Hora: 13:15

travando no meio do App ônibus no
ônibus (122).
informar que houve uma colisão de
furo rasgado (F) com o ônibus (D)

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VPL
B 2º grau
C 2º grau
D 2º grau
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

trauma: 6 mm
pressão: fraca

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

fratura exposta

24.10.19 13:55

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALÉRGICAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

De Baco @ AP/P
 De Coto @ AP/P

CONDUTA PRIMARIA@MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

1) fratura do osso - 01
 + 100 ml de (F) de

SL + H e Compensação Arterial

UAB de CC
 VAT (reforço)

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Karla Avelino
 Urologista
 CRM 15319

Dr. Rafael Reis
 Cirurgião Geral e do Ap. Digestivo
 CRM/RN 4001

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

Unidade

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

/

/

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP

Karla Avelino
 Urologista
 CRM 15319



Nome

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

Hora:

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 ROR 11295

25/10/11

1.º DPO de lesão grave em MTE
{ - FX ÚNICA }
{ - FX INTERNA }
{ - FX INTERNA }

Evólus bom, MTE com boa perfusão
F.D. com sinais compatíveis de lesão
múltipla (Rachad + Mediana).

Sem intercorrências no membro
em observação

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN - 5149



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

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Flaviano Leonardo de Oliveira ASA: E1

Idade: 159 Sexo: M Registro: 24/10/19

Diagnóstico: Fratura exposta de um dos antebraços e Data: 24/10/19

de Colúmbio. Cirurgia Realizada: 1º e 2º crânio fixado com
Cirurgião: Ricardo Augusto Auxiliar: Amor

Anestesiologista: Geleirio Enfermagem:

História Clínica Admissional: paciente com história de trauma no MSD.
Nega alergias e comorbidades.

Técnica Anestésica: Bloqueio Flexo braquial

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Início: 15:20 Término: 17:35 / 17:50

- Anestésicos Utilizados:
- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. <u>Novo 1% 200 ml</u> | 2. <u>Metoprolol 500 mg</u> |
| 3. <u>Cloridrato 150 mg</u> | 4. <u>Cefotaxima 80 mg</u> |
| 5. <u>Midazolam 3 mg</u> | 6. <u>Dipropil 2 gr</u> |
| 7. <u>Fentanyl 70 ug</u> | 8. <u>Conexão de sangue L</u> |
| 9. <u>Ceftriaxona 80 mg</u> | 10. <u>Shoma 3 mg</u> |
| 11. <u>Cefazolin 2 gr</u> | 12. <u>Thrombin 1 mg</u> |
| 13. <u>Dexametasona 10 mg</u> | 14. <u></u> |

Encaminhamento: Encaminhado ao CRO acordado, PA = 105 x 65
EC = 93, SaO₂ = 100%

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 Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jonathan Bores da Silva Reg. Nº 98091Diagnóstico pré-operatório: FRACTURA DE Ulna eIndicação terapêutica: Ante-alg Urgência (☒) Eletiva (☐)

INTERVENÇÃO

Data: 24/10/19 Início: _____ Término: _____ Duração: _____Operador: Dr. Ricardo Araújo CRM/CRO: _____

1º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____

2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- (1) DEBITO DORSA
- (2) ANESTESIA
- (3) Limpeza externa com solução
Fenol 10% e Clorexidina
- (4) Ant-ESPAL
- (5) Aplicação de Camé
- (6) LAVAGEM MECÂNICA CL 20/SPAL
de 30 a 40 segundos
- (7) DEBILITADO
- (8) Fixação do antegordo com 1/4
com fio 4/3, com 2 pontos na Ulna
- (9) Remoção da curatela da Ulna
de 10 a 20 minutos com fio 4/3
- (10) Fios de 00 Ulna com 2 pontos
Fio 4/3 com 2 pontos
- (11) Nova fixação
- (12) Juntura com fio
- (13) Ausência de pontos de pontos

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 TEO 11295

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

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

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jonathan Leonardo di Olivero

Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: *Tumor de ardo*

Indicação terapêutica: *Dieta sem carb*

Urgência () Eletiva (/)

INTERVENÇÃO

Data: 24/10/19

Inicio:

Término:

Duração:

Operator: John Smith

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: Gilberto

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Los anteriores. Después, fuimos a los puentes antiguos,
explicando sobre los tipos de puentes y sobre la
forma de fabricarlos en el antiguo Perú. Luego pasamos
a una zona de puentes

Ar. 20/11/2019 AT CN Jaitun

João Alves Martins
Médico / CRM 2484

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

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



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

15

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Jonathan Leônidas de Oliveira

DATA DE NASCIMENTO: 25-03-2004 IDADE: 15 A

REGISTRO: F-150142-2019

DATA DE ADMISSÃO: 24/10-2019 HORA: 15h30

ADMISSÃO DO PACIENTE:

CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia

HIDRATAÇÃO: SIM (X) NÃO () VIA: PERIFÉRICO: (X) ACESSO CENTRAL: ()

NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (X) ORIENTADO (X) VIGIL () AGITADO ()

INCONSCIENTE: ()

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (X) GRAVE ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () 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: _____

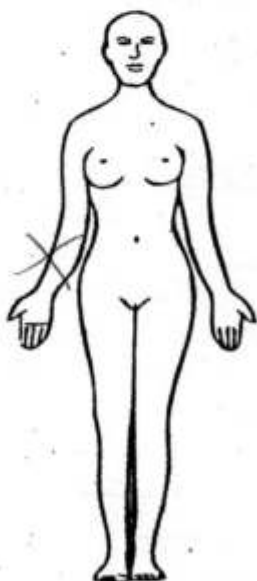
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()

OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



Lote: 101771 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL
Fab: 16/08/2018 Val: 08/2023
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 000518 Código: AF38 8 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
CX 4,8 X 200 X T

Fab: 16/08/2018 Val: 08/2023
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

JALECO Nº _____ ACESSO CENTRAL: _____

INSTRUMENTADO: Ama Karla

CIRCULANTE: Anderson

TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDUAL () B.P.B. (X) LOCAL ()

OBS.: _____

ANESTESISTA: Dr. Gilberto

INÍCIO DE ANESTESIA: 15:20

TÉRMINO DE ANESTESIA: 17:35 / 17:50

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: _____

HORA: _____



INICIO DE CIRURGIA: 15:40

CIRURGIÃO: Dr. Alesandro Azevedo

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA: Fraturas expostas do Vêmulo e Antebraço Direito

TÉRMINO DE CIRURGIA: 17:30

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (X)

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X)

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (X)

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO ()

Nº DA SONDA:

Nº DA SONDA:

RX:

SIM ()

NÃO ()

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 (X)

NÃO ()

QUANTIDADE: 20 UNIDADES

GAZES CONFERIDAS: SIM (X)

NÃO ()

QUANTIDADE: 30 UNIDADES

CAIXA CIRÚRGICA: Ex. Deu tudo

COMPLETA: SIM ()

NÃO (X)

OBS.:

ÓBITO: SIM ()

NÃO (X)

HORA:

REALIZADO RCP: SIM ()

NÃO (X)

RESPONSÁVEL PELA RCP:

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (X)

UTI ()

ALTA ()

EM AR AMBIENTE: SIM (X)

NÃO ()

TRAQUEOSTOMIZADO: SIM ()

NÃO ()

ENTUBADO: SIM ()

NÃO (X)

PREENCHIDO AIH: SIM (X)

NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (X)

NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (X)

NÃO ()

OBSERVAÇÕES: Paciente Adolescente admitido em Sala Operatória às 15h30 proveniente do PS - embriado consciente e orientado, curtos em Ar Ambiente em estado regular com lesão traumática em braços direita e esquerda. SSVV: C. 90x60mmHg; FC 100bpm e SpO2 100%. com AVP em MSE sem sinais fisiológicos. Per arrendimento no EMO cor- Sólido e orientado. SSVV estáveis

Manoel Ercilio da Silva Júnior
Assinatura do(a) Enfermeiro(a)
COREN 1042 ENF

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



LAUDO

PACIENTE Thayane L. de Oliveira, FOI SUBMETIDO(A) A **TRATAMENTO**
CIRURGICO DE fratura de rádio, NO HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE
LUCENA NO DIA 04.12.19. E DEVE MANTER ACOMPANHAMENTO
AMBULATORIAL E FISIOTERAPICO.

AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS A CRITERIO MEDICO PERITO.

CID 10: S42.3.

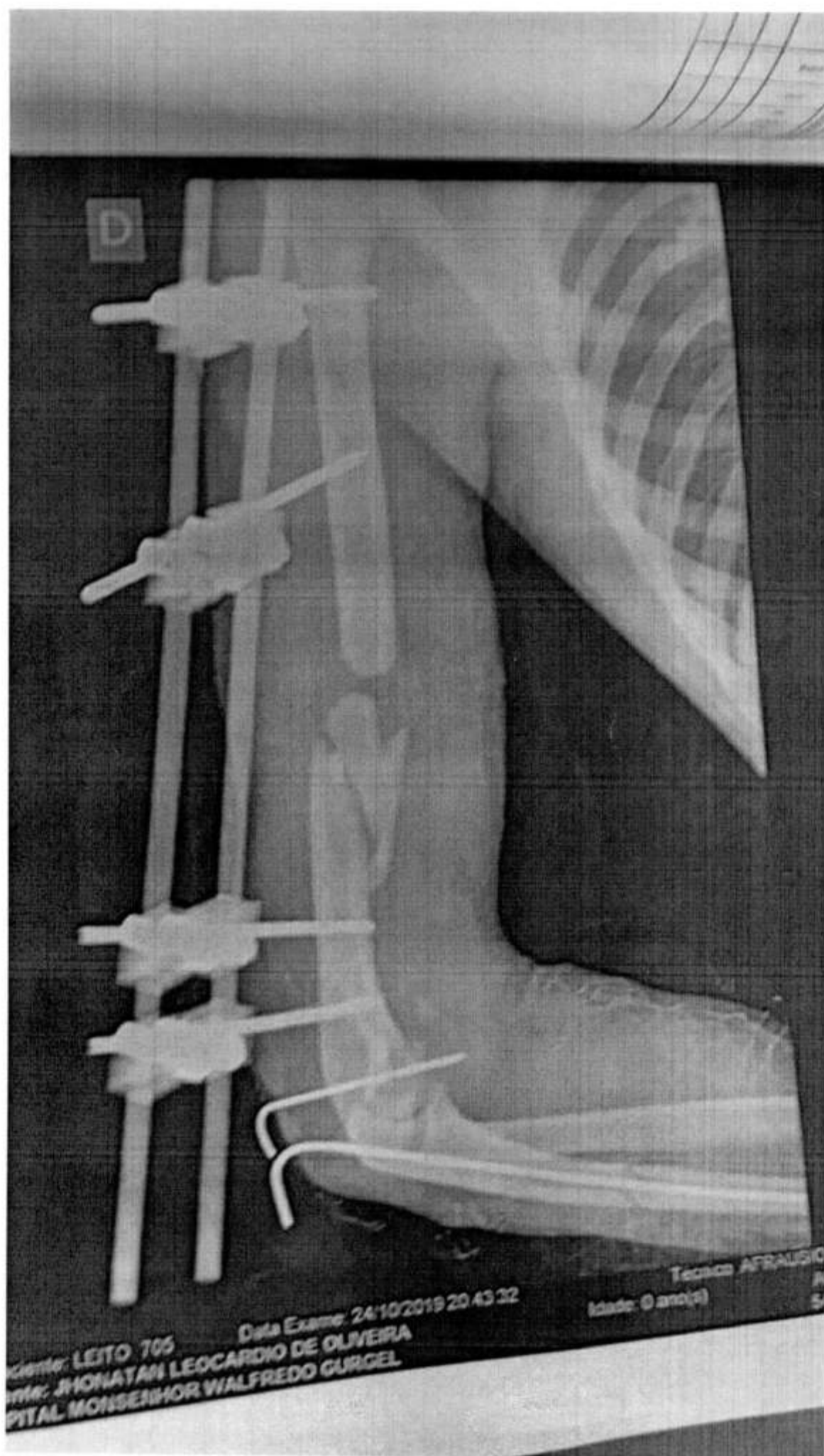
04.12.19.

Stanislaw Kolim
Ortopedia e Traumatologia
Especialidade Ombro e Cotovelo
CRM-RN 60861 ECF 14463

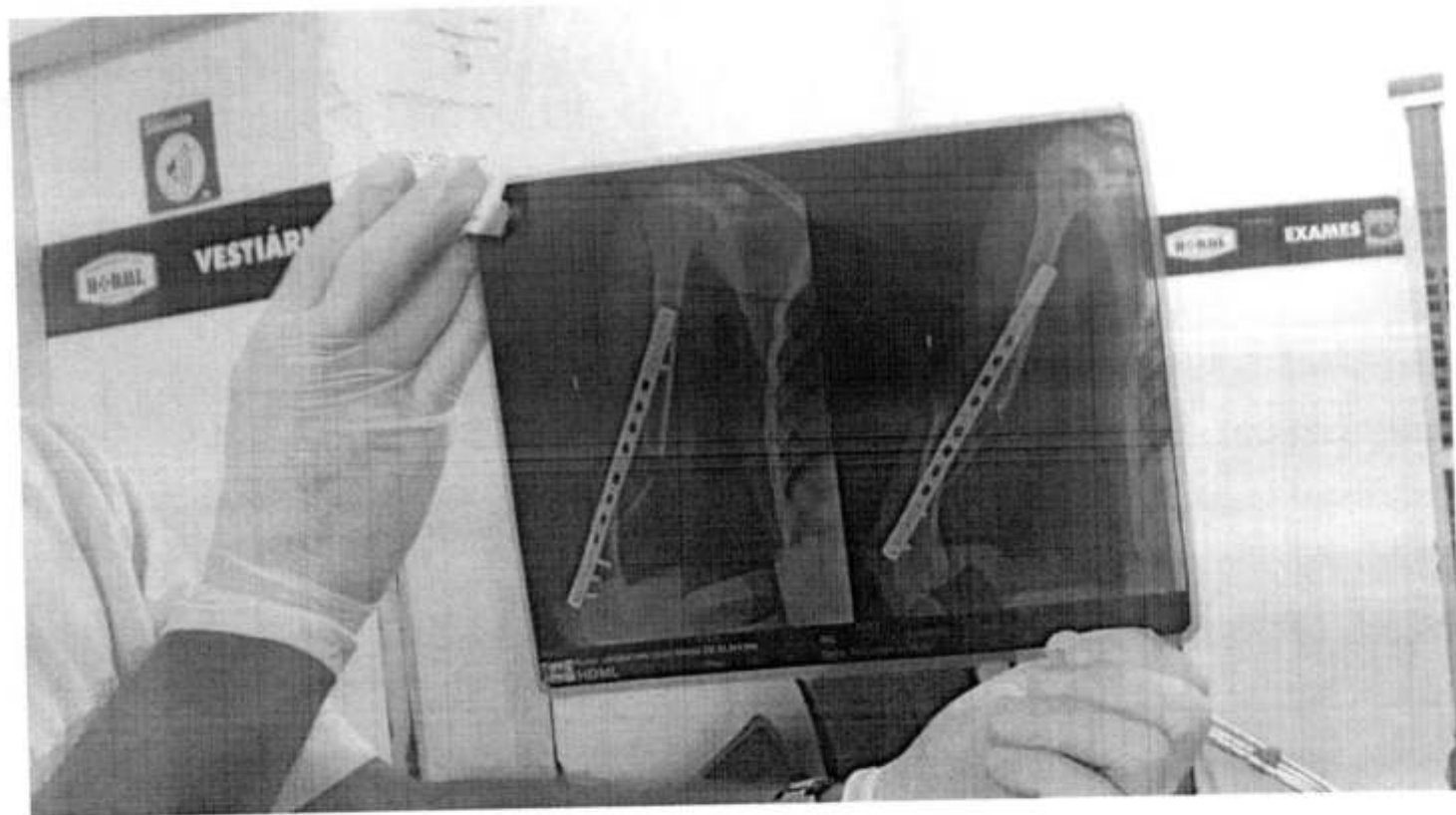
PARNAMIRIM

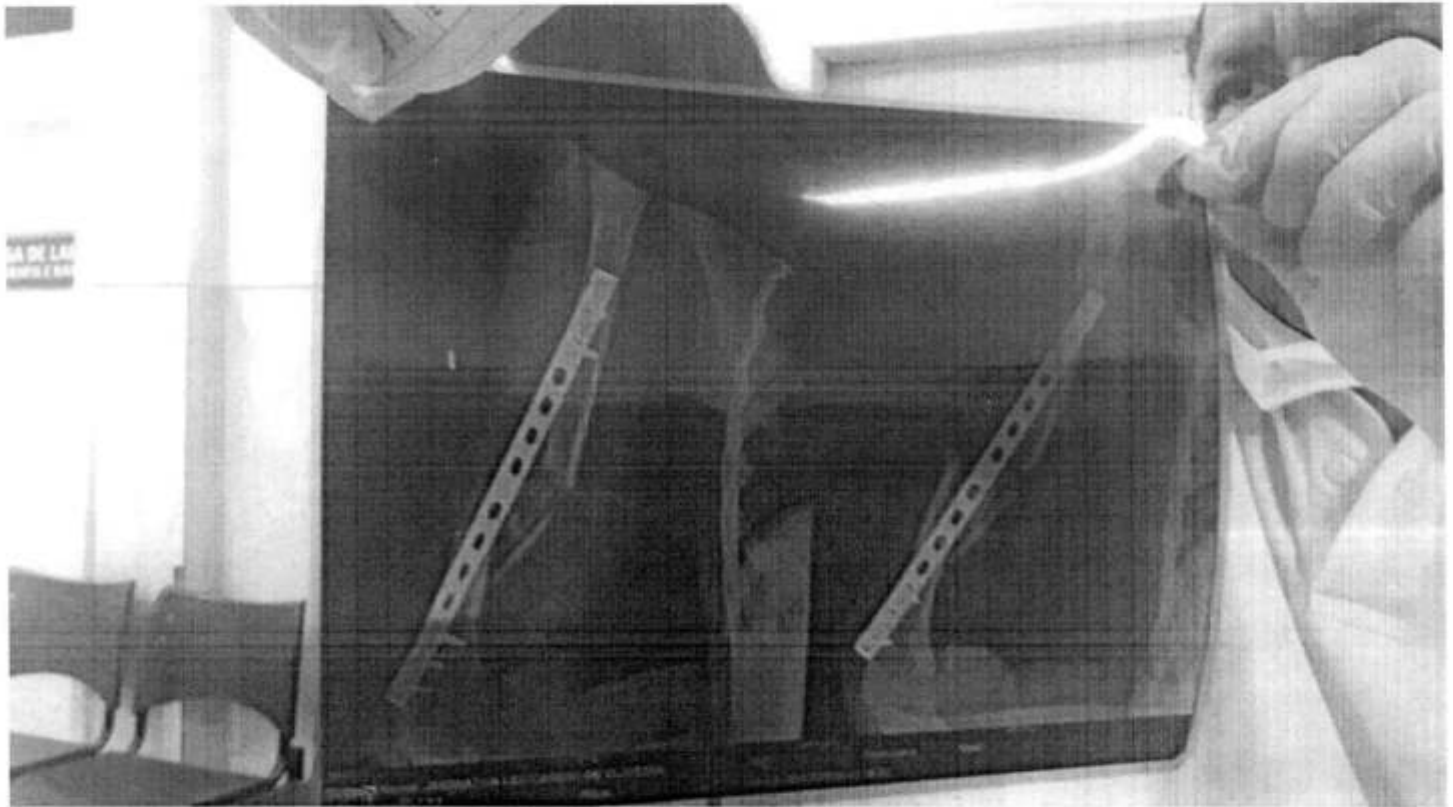
















VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 3392719 1.VIA DATA DE
EXPECIÇÃO 22/03/2012

NOME JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

FLIAÇÃO

JOSE DE OLIVEIRA
MARCIA MARIA LEOCADIO

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

SANTANA DO MATOS RN 21/03/2004

DOC. ORIGEM

CERT.NASC.No.10362 L.12 F.191

SANTANA DO MATOS RN CARTORIO

702.043.444-41

Assinatura do titular

LEI Nº 11.281/06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS PESSOAS
DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

1760741813
VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA



DOC. IDENTIDADE - ORG. EMISSOR - UF
1896734 SSP RN

CPF
061.089.354-80

DATA NASCIMENTO
29/11/1982

PR. INCL. (1)
PEDRO BERNARDINO DE SOUZA
MARIA JOSE DE LIMA

PERMISSÃO
0000000000

ACC.
00000000

CAT. NAC.
A3

REGISTRO
03349753100

VALIDADE
28/04/2024

HABILITAÇÃO
06/08/2004

OBSERVAÇÕES

marcondes Bernardino de Souza

LOCAL
NATAL, RN

ASSINATURA DO FUNDADOR

João Batista de Souza

DATA EMISSÃO
29/04/2019

ASSINATURA DO EMISSOR

17854910531
RN705613984

RIO GRANDE DO NORTE

1760741813
PROIBIDO REPLICAR

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA
 DATA DO ACIDENTE 24/10/2019 CPF DA VÍTIMA 702.043.444-41
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PROCURADOR
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA BRASÍLIO CAMILO
 Nº 122 COMPLEMENTO _____ BAIRRO ANEQUIM
 CIDADE GOIANINHA UF GO CEP 59173-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (84) 99134-3008

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 09/01/2020

IDENTIDADE 1896734

ASSINATURA Marcondes Bernardino de Souza

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA 09/01/2020

NOME DAU OLIVEIRA

ASSINATURA Da

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 002.700.000-1 DATA 03/03/2005

FILIAL: MARCIA MARIA LEOCADIO

MANOEL JOAQUIM NETO

MARIA DAS GRACAS LEOCADIO

NATURALIDADE

SANTANA DO MATOS RN

DOC CHUEMASCIM LA060 F-054

SANTANA DO MATOS RN 02 CARTORIO

DATA DE NASCIMENTO 27/06/1988

CPF 232200 8

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29-08-83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

Assinatura: Marcia Maria Leocadio

Assinatura: Marcia Maria Leocadio

CARTÃO DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

074.603.744-90

MARCIA MARIA LEONADIO

27/05/1989



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200012167 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 24/10/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA COMINUTIVA DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P2,8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200012167 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 24/10/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA COMINUTIVA DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P2,8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: <u>Thenatan Leocádio de Oliveira</u>	
NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>
PROFISSÃO: <u>Estudante</u>	
IDENTIDADE: <u>339 2719</u>	CPF: <u>702.043.444-41</u>
ENDEREÇO: <u>Rua Rio Quatrope 560 AP-403 Residencial Mestre Lucrino 82-5</u>	

OUTORGADO

NOME: <u>Marcos Roberto Bernadine de Souza</u>	
NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>	ESTADO CIVIL: <u>Casado</u>
PROFISSÃO: <u>Motorista</u>	
IDENTIDADE: <u>1896734</u>	CPF: <u>061.089.354-80</u>
ENDEREÇO: <u>Rua Brasileira Camilo 122, Anaguanim Nova Urbana</u>	
DATA DO ACIDENTE: <u>24/10/2019</u> COBERTURA: <u>insalubres/alumínio</u>	

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

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

Panamirim, 20/12/2019

LOCAL E DATA

1º Ofício de Notas

Márcia Maria Leocádio

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

1º Ofício de Notas e Registros
Rua Sargento Noberto Marques, 149 - Centro - CEP 59140-230 - Panamirim - RN
Fone / Fax (84) 3273-3325 - Site: www.1oficiopanamirim.com.br
Egberto Lira do Vale (Titular) - Luciana Christine Rodrigues do Vale (Substituto)

Reconheço por autenticidade e dou fe a firma de:
MÁRCIA MARIA LEOCÁDIO
Releio Digital: RN201900863150039228A7M
Confira a autenticidade em: <http://seleio.digital.trn.jus.br>
Panamirim/RN, 20 de Dezembro de 2019, às 12:23:15

Em testemunho

1º Ofício de Notas e Registros
PANAMIRIM - RN



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0010999/20

Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

CPF: 702.043.444-41

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/10/2019

Titular do CPF: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA : 061.089.354-80

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

JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA : 702.043.444-41

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/01/2020
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
CPF: 061.089.354-80

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2020
Nome: Rau Campelo de Oliveira
CPF: 069.952.894-12

Rau Campelo de Oliveira