
Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200213323

Vítima: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

Data do Acidente: 06/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA NEIDE DE ARAUJO MENEZES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

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, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200213323

Vítima: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

Data do Acidente: 06/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA NEIDE DE ARAUJO MENEZES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000003226-3

Conta: 0000066845-1

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:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do registro do ASL:

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

008.018.644-44

Moura Rosimede Moura Tobiasone

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDIMENTO MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR 80/SEP Nº 645/2012

5 - Nome completo:

Moura Rosimede Moura Tobiasone

008.018.644-44

6 - Profissão:

De loi

7 - Endereço:

Rua Jacob Vitor de Oliveira

9 - Número:

473

10 - Complemento:

205a

11 - Bairro:

Bairro Horizonte

12 - Cidade:

Metobelo

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

556.00-440

15 - E-mail:

Wdo.Potau

(84) 93824.0066

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$2.000,00

☐ R\$2.000,00 A R\$3.000,00

☐ ACIMA DE R\$3.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POU-PANCA (Somente para o beneficiário do ASL. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (003)

☐ Caixa Econômica Federal (004)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

3226

CONTA:

66845

Atestamos e Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de acordo com a titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a qual se tiver direito, recebendo o valor, desde já e sem qualquer ônus, quitando o total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - ENCERRAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 sob a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em não submeter a análise médica presencial, caso necessário, no caso de apresentação para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causada por veículo automotor, conforme disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta submissão não significa greve contenciosa com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data 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 tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

30 - Vítima deixou herança?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem bens?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que o Segurador não pagará, caso eu não apresente a indenização do Seguro DPVAT por morte a qualquer beneficiário que eu apresentar e provar esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a utilização do resgate o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 250 do Código Penal.

34 -

35 - Nome legal de quem assina a perícia (a requer)

36 - CPF legal de quem assina a perícia (a requer)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a requer)

38 - 39 - Nome:

CPF:

Assinatura do beneficiário

39 - 40 - Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

Metobelo RN 05/06/2010

41 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPS-001-0002/2014



Deposito Conta Corrente
Banco: 237 Agência: 7139 Máquina: 82644
Data: 09/06/2020 Hora: 18:42 N.Trans: 9280
Valor: 5,00
Favorecido:
Banco: 237
Agência: 3226 / MOSSORO-CENTRO
Conta: 0066845-1

Titular: 1: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

Sujeito a conferência.

O depósito realizado durante o expediente bancário ao público será conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Após o expediente bancário e aos sábados, domingos e feriados, o depósito será conferido no primeiro dia útil subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talão de cheques em segundos.
Sem pedir no balcão,
nem esperar pelo correio.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001024070

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 05/06/2020 15:33:19

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 06/02/2020 11:00:00

2.3 Número: SN

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: BOA VISTA

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: RUA COELHO NETO

2.4 CEP:

2.6 Ponto de Referência: SAMIK

2.8 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

3.3 Estado: BRANCO

3.5 Mãe: RITA VALCACIA DA SILVA

3.7 Sexo: FEMININO

3.9 CPF: 02801864447

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: DO LAR

3.15 Telefone(s): 84 99323729

3.17 Número: 473

3.19 Bairro: BELO HORIZONTE

3.2 Estado civil: Vítima(a)

3.4 Pai: SEVERINO ARAUJO

3.6 Data de Nascimento: 15/08/1977

3.8 RG: 001691499 - SSP RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ RN

3.14 E-Mail: JACKSONBARRETO25@HOTMAIL.COM

3.16 Logradouro: JOAO VICTOR DE OLIVEIRA

3.18 CEP: 59600470

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

Eu ia de moto na rua COELHO NETO, na mesma direção ia um carro um pouco mais a minha frente. De repente ele virou para esquerda, sem dar piscar, alerta que ia entrar. Mim travando sem dar tempo de desviar, chegando a bater em mim. Cai no chão e tive várias lesões. Foi acionado o samu que mim encaminharam para a unidade hospitalar (HRTM) de MOSSORÓ.

Dados do veículo do acidente:

Tipo: motocicleta

Placa: OGC9C06

Renavam: 1201080262

Marca e Modelo: HONDA/POP 110i

Nome do proprietário: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

Data: 05/06/2020 15:34:03

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.



Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 05/06/2020 18:29:54

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

3- Nº do sinistro ou ASI: 1008 018 644 44 4- Nome completo da vítima: Maria Rosineide de Aguiar Telesane

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSSE Nº 645/2013

5- Nome completo: Maria Rosineide de Aguiar Telesane 8- CPF: 1008 018 644 44

7- Profissão: De Lda 9- Rendimento: 473 10- Complementos: 1000

11- Bairro: Bela Horizonte 12- Cidade: Mafra 13- Estado: RN 14- CEP: 596 00-440

15- E-mail: wld@fotmail.com 16- Tel (DDD): (84) 93824 0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

DADOS CADASTRAIS

20- RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 2.000,00 A R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.000,00 A R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ CONTA POUANÇA (somente para os beneficiários. Assinale uma opção): ☐ Banco do Brasil (257) ☐ Itaú (304) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: CONTA: 22- CONTA CORRENTE (para os bancos): Nome do banco: Bradesco

AGÊNCIA: 33263 CONTA: 66845

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou informando de acordo com a verdade a 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 exames para fins do Seguro DPVAT, ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 60 (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 sob a apresentação do laudo do IML, compreendendo, desde já, em me submeter a análise médica pericial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causados por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta declaração não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou perícia em direito de concessão e avaliação indenitória, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24- Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 25- Data do óbito da vítima: 26- Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 27- Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28- Se a vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não 29- Se a vítima deixou filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não 30- Se a vítima deixou filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não 31- Se a vítima deixou filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não 32- Se a vítima deixou filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não 33- Se a vítima deixou filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso aprovado, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquele(s) herdeiro(s) que se apresentarem a provar em juízo a legitimidade, estando ciente, ainda, de que qualquer manifestação ou declaração não verdadeira poderá gerar a utilização de recursos do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34- Nome: 35- CPF: 36- Nome: 37- CPF: 38- Nome: 39- CPF: 40- Local e data: Mafra, 10 de agosto de 2013

41- Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): Maria Rosineide de Aguiar Telesane 42- Assinatura do representante legal (se houver): 43- Assinatura do Principal (se houver):

BRABESCO

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:	23/06/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 000000066845-1

Nr. Autenticação

BRABESCO2306202005000000000023703226000000066845168750 PAGO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 118

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 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

MARIA NEIDE DE ARAUJO MENEZES
CPF: 028.018.044-60 NIS: 20813718148

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO VICTOR DE OLIVEIRA 473

BELO HORIZONTE/AREA URBANA
59600-470 MOSSORO RN

DATA DE VENCIMENTO

21/05/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

11/05/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/05/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

041985805

Série: U

CONTA CONTRATO

000857009134

Nº DO CLIENTE

3000774370

Nº DA INSTALAÇÃO

0001656826

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

6D19,710F,CFBB,F6CD,0239,8C45,181D,5E53

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,00000003	0,00
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	26,00	0,00000002	0,00
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,00000003	0,00
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	26,00	0,00000002	0,00
Multa por atraso-NF 040301744 - 08/04/20			0,34
Multa por atraso-NF 038793503 - 09/03/20			0,34
Juros por atraso-NF 040301744 - 08/04/20			0,20
Juros por atraso-NF 038793503 - 09/03/20			0,29
Atualização IGPM-NF 040301744 - 08/04/20			0,13
Atualização IGPM-NF 038793503 - 09/03/20			0,25
TOTAL DA FATURA			1,85

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00	18,00	0,00	0,00	0,96	0,00	0,00	4,42	0,00

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,00000003	MAR 20	56
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,00000002	ABR 20	65
Consumo-TE até 30 kWh	0,00000003	MAR 20	59
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,00000002	FEV 20	208
		JAN 20	207
		DEZ 19	193
		NOV 19	185
		OUT 19	187
		SET 19	212
		AGO 19	168
		JUL 19	162
		JUN 19	162
		MAI 19	248
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
R\$ %			
Geração de Energia	0,00 100,00		
Transmissão	0,00 0,00		
Distribuição (Cosern)	0,00 0,00		
Encargos Setoriais	0,00 0,00		
Tributos	0,00 0,00		
Perdas de Energia	0,00 0,00		
TOTAL	0,00 100		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTO	CONSUMO kWh
000000000000229786	CAT	06/04/2020 16.309,00	09/05/2020 19.395,00	30	1,00000	0,00	58,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/06/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
DIC-De de horas sem Energia	MOSSORO III	0,00	4,95	9,91	19,82
FIQ-De de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35	12,70
DNIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					
					Limite DICRI: 12,22
ENRQ-Valor do Encargo de Uso = R\$ 0,00					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você na Internet: r.manuel.hermelino.dos.santos,323,beio.horizonte/1varajao ou: nas padarias, lojas, supermercados, etc. Consulte a lista completa em www.cosern.com.br.
MP 860/2020-Tarifa Social-Desconto no consumo até 220kWh.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês (isenção do ICMS conforme Art. 14, do RICMS-RN).
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 38,93.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus

NÍVEL 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	TALÃO DE PAGAMENTO
000857009134	05/2020	0,00	21/05/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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: 0209-1596 / Outras regiões: 0800-022 17 84

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

Eu, Maria Neide de Araújo Menezes
RG nº 001.691.550, data de expedição 30/07/18
Órgão: SSP RN, CPF nº 008.018.074-60

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/Prça)	<u>Rua João Victor de Oliveira</u>
Número	<u>473</u>
Apto/Complemento	<u>loja</u>
Bairro	<u>Belo Horizonte</u>
Cidade	<u>Mossoró</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59600-470</u>
Tel. de contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>João Petrou</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Mossoró RN 06/08/20

Maria Neide de Araújo Menezes

Assinatura do Declarante



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: 0800-15957 / Outras regiões: 0800-022-1204

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-8189 | SAC para deficientes auditivos e de fala: 0800-022-1206 | Central Operadora: 0800-021-9135

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelecido a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/br/1076CAW5/SU00ORIGINAL/SPX7TIF0-13600160-70636>

A Circular SUSEP 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 à COAF.

A SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E REGULAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO; O CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM PÔR-FORÇA DE DISCIPLINA, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/96.

Pelo exposto, eu Maria Neide de Azeite Menezes
inscrito(a) no CPF/CNPJ 028.018.044 / 60 na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário
Maria Rosimeide Azeite Tetzene inscrito(a) no CPF sob o nº 028.018.644-44
do sinistro de DPVAT cobertura Intolidez da Vítima Maria Rosimeide Azeite Tetzene
inscrito(a) no CPF sob o nº 028.018.644 / 44 conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresenta os documentos comprobatórios:
☒ Recusa informar

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

Endereço:	<u>Rua João Victor de Oliveira</u>	Número:	<u>473</u>	Complemento:	<u>203a</u>
Cidade:	<u>Botão Horizonte</u>	Estado:	<u>RN</u>	CPF:	<u>596.00-440</u>
E-mail:	<u>Nice Petru</u>			Tel. (DDD):	<u>(84) 99834-0066</u>

Local e Data: Motobore RN 09/06/20

Maria Neide de Azeite Menezes
Assinatura do Declarante

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 57100 - MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO (42 a 5 m 22 d)

Nascimento: 15/08/1977

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 708607096714582

CPF: 02801864447

Prof:

Mãe: RITA VALCACIA DA SILVA

Pair: SEVERINO ARAUJO

Logradouro: JOAO VICTOR DE OLIVEIRA, 473

CEP: 59600470

Bairro: BELO HORIZONTE

Cidade: MOSSORO

Telephone: 84.99323729

Compil: DADOS CORRIGIDOS

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU EM PROTOCOLO DE TRAUMA.

Classificação:

PESO:	
--------------	--

06/02/2020 11:19:56

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	120 80		99		18	93			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: paciente vítima de colisão moto carro (sic) apresentando trauma em joelho D.

Dt e Hora:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MATA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 14/02/2020
B. M.
SAME / ARQUIVO

Diagn. Inicial:

Assin:

[illegible]

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

C/D

Proc.

Data: / /20. Hr: :

Médico:

*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 06 de Fevereiro de 2020.

(Assinar e Carimbar)



OK

CIRURGIA VASCULAR - VERDE

Paciente: 57100 - MARIA ROZIMEIRE ARAUJO TOSCANO (42 a 5 m 17 d)

Nascimento: 20/08/1977

Natural: MOSSORO.BRASIL

Sexo: F

Cor: PARDA

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: RITA VALCACIA DA SILVA ARAUJO

Pai: SEVERINO ARAUJO

Logradouro: MANOEL HERMELINO DOS SANTOS, 77

CEP: 59800450

Bairro: BELO HORIZONTE

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.86061123

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU EM PROTOCOLO DE TRAUMA.

Classificação:

PESO:

06/02/2020 11:19:56

HORA	P.A.	HGT	SaO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	120 80		99		18	93			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: paciente vítima de colisão moto carro (sic) apresentando trauma em joelho D.

Dt e Hora: 11/02/20

Colisão moto carro de asfalto. Nixs brancos, não vômito. Paciente com diagnóstico de angustia, por não dediver em psicoterapia.

A. VAP com color. avermelh. e prurido. Nixs convulsão.

B. MVE bilateral de RA. SaO2 98%.

C. Hemodinamicamente estável, FC 94 bpm.

D. G15; P15N, hem. distúrbio motor, hiperreflexia em MTD.

E. Deformidade no joelho D.

Diagn. Inicial: Trauma ortopédico?

Assin:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORARIO

ASSINT.

1) Alta da cirurgia geral + orientações + aos cuidados da Ort.

2) Avaliação da ortopedia.

3) Voltaram 75mg 13ml, Omeprazol, IM, agora.

4) Retiro do protocolo de imobilização.

Dr. Vinícius Jefferson de Oliveira
Cirurgião Geral
CRM-RN 8840

11:30

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

RUA OSCAR DE ALMEIDA, 100 - JARDIM

SAF - MOSSORO

14/02/2020

GABINETE / ARQUIVO

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data:

/

/20.

Hr:

:

Médico:

*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 06 de Fevereiro de 2020.

(Assinar e Carimbar)

Prontuário: 211886



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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO** (Fia: 630/2020), CPF:02801864447.

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

Mossoró/RN, 06 de Fevereiro de 2020.

Maria Neide de Araújo Meneses
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 14/02/2020

Rapalla
Assinatura

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - HRTM

DATA 15/02/2020

[Assinatura]
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 14/02/2020

31m
SAME / ARQUIVO

PM 13:00 06.02.2020 TR - ORTOP

Do R no JOELHO D.

TRAUMA EM ACIDENTE COM MOTOCICLETA

VIGIL - CONSCIENTE - EM MACA HOSPITALAR

JOELHO: EDMA - DOR - LIMITAÇÃO

Px: LESÃO DA TIBIA PROXIMAL

DIAG: FRAT. DA TIBIA D.

CONDUTA:

- INDICADO TRAT CIR.
- SOLICITO INTERNAÇÃO
- TALA COXO-POD.

Dr. João Fátima de Silva Maia
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 2517

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTABELECE-SE ORIGINAL
SANEAMENTO 14/02/2020
Enferm. / ARQUIVO

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

CNES: 2503689

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **57100 MARIA ROZIMEIRE ARAUJO TOSCANO**

Prontuário: _____

CNS: _____ Nascimento: 20/08/1977

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: RITA VALCACIA DA SILVA ARAUJO

Pai: SEVERINO ARAUJO

Endereço: RUA MANOEL HERMELINO DOS SANTOS, 77 - BELO HORIZONTE - MOSSORO

Fone: 86061123 /

Município: MOSSORO

Código Municipal IBGE: _____

240800 UF: RN

CEP: 59600-450

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo: 192 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

DOR NO JOELHO DIREITO.

TRAUMA EM ACIDENTEUSO DE MOTOCICLETA.

JOELHO D: EDEMA. DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL

RADIOGRAFIAS: LESÃO DA TIBIA PROXIMAL, PLANALTO LATERAL

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

AMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RADIOGRAFIAS: DESCRITO ACIMA

Diagnostico e Procedimento Inicial:

S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA*408050551. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO

Profissional Solicitante / Assistente:

JOAO FIRMINO DA SILVA NETO

CRM: 2517 / RN

Data da Solicitação 06/02/2020

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 CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____ Nº Autorização da AIH: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SABE MOSSORO 14/02/2020
B1W
BAMB / ARQUIVO

Paciente: 57100 - MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

FIA: 8-630/2020

Nr. Prontuário: 211886

Peso:

Idade: 42 ano(s) 5 mes(es) e 22 dia(s)

Data Internação: 06/02/2020 13:12

Prescrição Nº: 1

Início Validade: 06/02/2020 16:44 até 07/02/2020 16:43

Hospital / Unidade: HRTM - OBS FEMININA

Quarto / Leito: 1 - 21E

Convênio: SUS/GRATUITO

Médico Resp.: 66-JOAO FIRMINO DA SILVA NETO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

212 - 2

06/02/2020 16:50:18 - DIH 1º

FRATURA DO JOELHO DIREITO - PLANALTO TIBIAL LATERAL

Solicito exames pré-operatórios.

Solicito parecer cardiológico.

Prescrição. Manter uso de medicamentos do domicílio.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - DIABETES (DM)					CONTÍNUO	
SOLUÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - SOLUÇÃO DE a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 24h	2.000	ML	IV	Contínuo	27,778gota	3 2 3 4
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - TENOXICAN 40MG - PO	1	FA	IV	24h/24h	12	
4 - DAPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML Diluição: 8ml SFD 0,9%	1	AMP	IV	6h/6h	22	22 24 10 16
5 - ENOXAPARINA 40MG/0,4 ML SC	1	SER	SC	24h/24h	22	22 24 10 16
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
6 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS					CONTÍNUO	
SERVIÇO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
7 - CARDIOLOGIA - PARECER Obs.: AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DO RISCO CIRÚRGICO					DOSE UN:	

JOAO FIRMINO DA SILVA NETO
CRM-2517/RNHOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 14/02/2020
Blm

SANE / ARQUIVO

12/02/2020

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

Nome: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

42 ANOS

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC

Leito: 212-2

DATA DA ADMISSÃO: 06/02/2020

MOSSORO-RN

CODIGO: 57100

DATA	EVOLUÇÃO
Nº fraturas: 01	6º DIH POR FX DE PLATO TIBIAL (SCHATZKER 2) DIREITO - EM USO DE TALA GESSADA INGUINOPODALICA (ESQUIZOPRENIA + DEPRESSÃO + DM2) QP: APRESENTOU PICO HIPERTENSIVO ONTEM. EF: BEG, COTE, EUPNEICA, NORMOCORADA, AFEBRIL, HIDRATADA ACV: RITMO CARDÍACO REGULAR, 2T, SEM SOPRO, BNF. AR: MV+ EM AMBOS HEMITORAX. SRA. ABD: GLOBOSO, RHA+, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO MID: NEUROVASCULAR PRESERVADO. USO TALA GESSADA CRUROPODALICA SITUAÇÃO: SOLICITAÇÃO PARA INCLUSÃO NO SISREG PREENCHIDA E ANEXADA - AGUARDA MARCAÇÃO DA CIRURGIA LABORATÓRIO (08/02/2020): HB: 11.4 LEUCO: 5500 PLAQ: 310000 UREIA: 12 CR: 0.6 TGO: 18 TGP: 13 RISCO CIRÚRGICO BAIXO CIRURGIA HOJE NO HWR CD: INICIO CAPTOPRIL

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ZERO	
2	SF0,9% 100ML EV PARA 24 HORAS	1º 2º
3	DIPIRONA 1G + 100ML SF0,9% EV 6/6 HORAS SE DOR	
4	RANITIDINA 150 MG - 01 CP VO PELA MANHA	
5	METFORMINA 850MG - 01 CP 1X/DIA POS ALMOÇO	12 06
6	DIAZEPAM 10MG - 01 COMP VO A NOITE (FAZER RECEITA)	
7	CAPTOPRIL 50 MG - 1 COMP VO 7:00 H 1X/DIA	
8	MEDICAÇÕES DE USO DOMICILIAR (COM A PACIENTE) AKINETON 20MG 1X/DIA HALDOL DECANOATO 50MG IM 2X/NO MÊS AMITRIPITILINA 25MG-01CP VO A NOITE FLUOXETINA 20MG - 01CP VO A NOITE	
9	SSVV + CCGE	

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM/RN 7438 RQE 16286 RQE 3741

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 14/02/2020
B110
SAME / ARQUIVO

12/02/20

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____ 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____		2 - CNES _____ 4 - CNES _____	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <u>Henrique Dominico Araujo Tassin</u> 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 11 - NOME DA MÃE _____ 13 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____ 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____		6 - Nº DO PRONTUÁRIO _____ 8 - DATA DE NASCIMENTO <u>1 / 1 /</u> 9 - SEXO ☒ MASC. ☐ FEM. 10 - RAÇA/COR _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ 14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ 17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO _____ 18 - UF _____ 19 - CEP _____	

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <u>Exatidão retinida queda ao solo com dor platô.</u> <u>Rx - Fratura Platô Tibial @</u>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <u>Necessidade de cirurgia</u>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <u>Ultrassom e Radiologia</u>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <u>Fratura Platô Tibial</u>	24 - CID 10 PRINCIPAL <u>S82.1</u>	25 - CID 10 SECUNDÁRIO 	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <u>Tratamento Cirúrgico Fratura Clavícula Tibial</u>		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <u>01 41018 1015 1015 111</u>	
29 - CLÍNICA <u>Cirurgia</u>	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <u>Urgência</u>	31 - DOCUMENTO ☐ CNS ☒ CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <u>915191211216151118171111</u>
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <u>Dr. Guilherme Garcia Rigolin</u>		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <u>09/02/20</u>	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <u>Dr. Guilherme Garcia Rigolin</u> <u>CRM 11541</u>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 48 - DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF	47 - CDD. EMISSÃO EMISSOR 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
--	--	---

Paciente: 57100 - MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

FIA: 8-630/2020

Idade: 42 ano(s) 5 mes(es) e 22 dia(s)

Prescrição Nº: 1

Hospital / Unidade: HRTM - OBS FEMININA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 211886

Peso:

Data Internação: 06/02/2020 13:12

Início Validade: 06/02/2020 16:44 até 07/02/2020 16

Quarto / Leito: 1 - 21E

Médico Resp.: 66-JOAO FIRMINO DA SILVA NETO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

06/02/2020 16:50:18 - DIH 1º

FRATURA DO JOELHO DIREITO - PLANALTO TIBIAL LATERAL

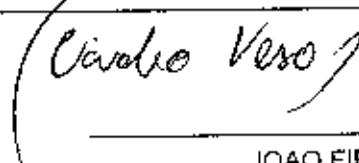
Solicito exames pre-operatórios.

Solicito parecer cardiológico.

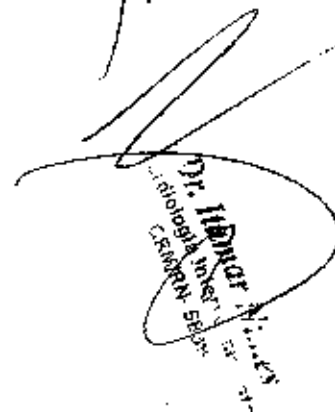
Prescrição. Manter uso de medicamentos do domicílio.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - DIABETES (DM)					CONTÍNUO	
SOLUÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - SOLUÇÃO DE a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 24h	2.000	ML	IV	Contínuo	27,778gota	3-2-3-4-
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - TENOXICAN 40MG - PO	1	FA	IV	24h/24h	12	
4 - DÍPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML Diluição: 8ml SF0,9%	1	AMP	IV	6h/6h	22	22-01-10-18
5 - ENOXAPARINA 40MG/0,4 ML SC	1	SER	SC	24h/24h	22	
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
6 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS					CONTÍNUO	
SERVIÇO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
7 - CARDIOLOGIA - PARECER Obs.: AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DO RISCO CIRÚRGICO					DOSE UN	


JOAO FIRMINO DA SILVA NETO
CRM-2517/RN

@ Enoxaparina - 12mg, 12/12, 12/12
 @ Hb 6/6h
 @ Insulina regular conforme Hb.



Dr. João Firmino da Silva Neto
CRM-2517/RN

Paciente: 57100 - MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

FIA: 8-630/2020

Idade: 42 ano(s) 5 mes(es) e 22 dia(s)

Prescrição Nº: 1

Hospital / Unidade: HRTM - OBS FEMININA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 211886

Peso:

Data Internação: 06/02/2020 13:12

Início Validade: 06/02/2020 16:44 até 07/02/2020 16:43

Quarto / Leito: 1 - 21E

Médico Resp.: 66-JOAO FIRMINO DA SILVA NETO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

212-2

06/02/2020 16:50:18 - DIH 1º

FRATURA DO JOELHO DIREITO - PLANALTO TIBIAL LATERAL

Solicito exames pre-operatórios.

Solicito parecer cardiológico.

Prescrição. Manter uso de medicamentos do domicílio.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

1 - DIABETES (DM)

CONTÍNUO

SOLUÇÃO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

 2 - SOLUÇÃO DE
 a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML
 SIST. F
 . Tempo: 24h

2.000

ML

IV Contínuo 27,778gota

3-3-4

MEDICAMENTO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

3 - TENOXICAN 40MG - PO

1

FA

IV

24h/24h

12

 4 - DÍPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML
 Diluição: 8ml SF0,9%

1

AMP

IV

6h/6h

22-px 10 16

5 - ENOXAPARINA 40MG/0,4 ML SC

1

SER

SC

24h/24h

22

CUIDADOS

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

6 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

CONTÍNUO

SERVIÇO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

 7 - CARDIOLOGIA - PARECER
 Obs.: AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DO RISCO
 CIRÚRGICO

DOSE UNI

 JOAO FIRMINO DA SILVA NETO
 CRM-2517/RN

@ Euclo polien - 100mg, 1x/dia, 10 dias
 @ Hb 616h
 @ Insulina regular, conforme Hb.

 HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 14/02/2020
 B. M.

SAME / ARQUIVO

Cardiologo 07-04-2020

- ① 42ans
- ② Assintomático
- ③ Baixa pressão arterial
- ④ 140/90 mmHg cardiopatia coronária
- ⑤ História prégressa
- ⑥ ECG, apêndice corrente
UA 70/80 mmHg
Pulr, V, BVP 75
150/80 FC = 70
- ⑦ ds, FC = 75 bpm, Pulr = 60
Ousultat 60/80 80-100 mmHg
- ⑧ Exame de urina RVP: 23%
- ⑨ Baixa urina corrente
- ⑩ Exame de urina

Dr. Tamar
Cardiologia Inter
CRM/RN 5639

Creditor's 07-06-2020

- ④ Hraus
- ④ Assuntato
- ④ background fevered
- ④ has ④ DM ④ endocarditis ④ (classno ④
- ④ tricuspid regurgitation
- ④ ECG, aperiens aperiens
- ④ tricuspid regurgitation
- ④ PPR, V, BUN AS
- ④ 150/40 FC = 70
- ④ ds, FC = 75 bpm, PPR = 60
- ④ constant S waves = 60° ST-T waves
- ④ ECG aperiens aperiens = 23%
- ④ BUN 2500 mg/dl
- ④ BUN 1000 mg/dl

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MATA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 14/02/2009
SAME / ARQUIVO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200213323 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO **Data do acidente:** 06/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200213323 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO **Data do acidente:** 06/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Maria Rosimede Araujo Teixeira, brasileiro (a),
Estado civil: Viúva, Profissão: Do Lar, Data do Acidente 06/02/20
Cobertura Invalidez, Portador (a) do RG 001.691.499, Órgão Expedidor:
SSP RN e do CPF: 028.018.644-47, residente no(a) Rua João
Vitor de Oliveira, nº 473
Bairro Belo Horizonte, Município: Motobato, 1 RN

OUTORGADO:

Nome: Maria Wanda de Araujo Menezes, brasileiro (a),
Estado Civil: Solteira, Profissão: Autônoma
Portador (a) do RG: 001.691.550, Órgão Expedidor: SSP RN
E do CPF: 028.018.044-60, residente no(a)
Rua João Vitor de Oliveira, nº 473
Bairro: Belo Horizonte, Município: Motobato, 1 RN

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber Correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Motobato RN 09/06/20
Local e data

Maria Rosimede Araujo Teixeira
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165529/20

Vítima: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

CPF: 028.018.644-47

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA NEIDE DE ARAUJO MENEZES : 028.018.044-60

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

MARIA ROSINEIDE ARAUJO TOSCANO : 028.018.644-47

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: 15/06/2020
Nome: MARIA NEIDE DE ARAUJO MENEZES
CPF: 028.018.044-60

MARIA NEIDE DE ARAUJO MENEZES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/06/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA