

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01021-9

CONTA: 000000024499-6

Nr. da Autenticação 0DA318878F6BA2C1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200206410 **Cidade:** Upanema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL DANILo MENDONCA DA **Data do acidente:** 26/02/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.
TRAUMA CORTO-CONTUSO DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO (AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS-TÍBIA / AMPUTAÇÃO DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DÉFICIT ANATÔMICO DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO.

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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E PERDA ANATÔMICA DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTO MÉDICO ACOSTADO NA PÁG. 11 NÃO PERTECE A VÍTIMA - DESCONSIDERADA DA ANÁLISE.

PÁG. 7/16_CIRURGIA

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200206410 **Cidade:** Upanema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL DANILo MENDONCA DA **Data do acidente:** 26/02/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.
TRAUMA CORTO-CONTUSO DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO (AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS-TÍBIA / AMPUTAÇÃO DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DÉFICIT ANATÔMICO DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO.

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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E PERDA ANATÔMICA DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTO MÉDICO ACOSTADO NA PÁG. 11 NÃO PERTECE A VÍTIMA - DESCONSIDERADA DA ANÁLISE.

PÁG. 7/16_CIRURGIA

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

David Góis 2.590

Perente. Vizinho de ferida distendida, com
edema perioriginário. Ossos frágeis.
Afróbito. Fissão óssea.

Antônio Lúcio E. Nogueira
Ortopedista
CRM-4617

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAÚDE MOSSORÓ

SAME / ARQUIVO

Prontuário: 212198



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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos, do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **DANIEL DANILLO MENDONCA DA SILVA** (Fia: 989/2020), CPF:71030130477,

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, 26 de Fevereiro de 2020.

Paciente ou responsável

NUCLEO DE VIGILANCIA
EPIDEMICO-FUNDAÇÃO FIO TUM

DATA

Assimilate

CCOH - HRTM
DATA 11/03/2020
Polaris
Assistants

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO VIANA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANTO MOSSORÓ

SAME / ARQUIVO

05/03/2020

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MELO
EQUIMÓSE E PRISCLEIÃO MÉDICA

Nome: DANIEL DANIEL OMELO TONI, J. DA SILVA - 12 ANOS
CLÍNICA: CIRURGICA ENFERMAGEM: CC Letra: 1147
DATA DE ADMISSÃO: 26/02/2020 - 10:30 HORA: 088 CODIGO: 38899
DATA DE SAÍDA: 01/03/2020 - 10:00 HORA: 088 CODIGO: 38900
DIAGNÓSTICO: LESÃO DA PERNAS DE CIRURGIA - AMPULHETA E FRALDA DISLOCADA
TRATAMENTO: CIRURGIA DE CONSERTO DA PERNAS E AMPULHETA E FRALDA DISLOCADA
DATA: 01/03/2020

OPERAÇÕES ATIVAS NO MOMENTO:

TRAMADOL 100MG - DIAFUSO, NOVO, CAVADO E APLICADO
NOV. FER. 21 - LESOCIRRAMENTO FÍXO DE 82, 11 A 100G, BNF
ABRASÃO SEM SÍMOS HEMATOMA SÍN
REGISTRO DE FERIMENTO E ADOLKOL CAVADO, BNF
MIGRAÇÃO DISLOCADA PRESERVAÇÃO SÍN SINA - DE CIR. CAVADO E PINOS DE FIXAÇÃO SEM SANGRAMENTO E
SEM HEMATOMA
CORTADO - 11 - ESCRIVIMENTO FÍXO E LIGA FODICE, EQUIMÓSE DISCRETA HEPATOCUTANEA

SITUAÇÃO:

VALORIZAÇÃO PARA INCLUSÃO NO SPEDIC. PESO: 11,1000 A ANEXADA E A GUARDA MARCAÇÃO DA UNIÃO
DISLOCAMENTO FÍXO DE 82, 11 A 100G, BNF, FER. 21 - 10:30 HORA: 088 CODIGO: 38899
CIRURGIA DE CONSERTO DA PERNAS - 100G / DISLOCAMENTO FÍXO DE 82
A GUARDA, ETC. CANDIDA XAMA - 100G / DISLOCAMENTO FÍXO DE 82

100G CIRURGIA PROGRAMADA PARE. NOITE (7) - INFORME DA ENFERMAGEM.

100G CIRURGIA DE CONSERTO DA PERNAS - 100G / DISLOCAMENTO FÍXO DE 82

DATA:

ITEM	DESCRIÇÃO	UN	QTD	VALOR
ITEM PARA CIRURGIA				
1	ESTOOLÍSTICO 100G P/ABD 24 P/100G			
2	CEFALOTINA 1G - 100ML ABD - EV 6/6 H			
3	DEXAUNTA 200MG - 100ML ABD - EV 6/6 H			
4	TRAMADOL - 100G - 100ML 100% EV 8/8 HORAS EN			
5	TRAMADOL 100G - 100ML 100% EV 8/8 HORAS EN			
6	TRAMADOL 100G - 100ML 100% EV 8/8 HORAS EN			
7	TRAMADOL 100G - 100ML 100% EV 8/8 HORAS EN			
8	ORTOPEDICO			
9	ORTOPEDICO + SAVU			

Dr. Tarcísio Cândido L. Negreiros
Ortopedista
C.R. 1037

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MELO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
NAME MOSSORÓ / 11/03/2020

NAME / ARQUIVO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Name John Jameson Reg No. 1000

INTERVENÇÃO

Inicio: _____ *Fim:* _____ *Duração:* _____

Operador Dr. Tiberio Núñez

1^a Auxiliar: ESTAR

2º Auxiliar: _____

3^a *Auxiliar:* _____

Instrumentador: Alvaro

INTERVENÇÃO

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

() Limpa (x) Pot. Contaminada, () Contaminada () Infectada
Paciente em isolado (2012) - 016 fêmea. Sopro cardíaco.
Sopro de origem valvular + 4/6 syst e 2/6 diafragma.
Afirmou que a proativa + expulsão fez com que o sopro
desapareceu. Sopro cardíaco.
Paciente informou que não fazia uso de medicamentos.
Press. 140/80 mmHg
Urticaria + eritema da face e tronco. Mialgias + gripes.

~~Adriano Celidus L. Augusto
Ortopedista
CRM: 46117~~

HOSPITAL REGIONAL TACUBÍA MAF
FACSIMILE FORNEO ORIGINAL
2010-09-23 10:11:11



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Renan Souza Mendes Reg N° 100000000000000000

Diagnóstico pré-operatório: Urtigo crônica crônica de 10 dias

Indicação terapêutica: Extratorg. de hérnia de fáscia elástica

INTERVENÇÃO

Inicio: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Dr. Tarcísio Maia

1º Auxiliar: Dr. Cesar

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: Dr. Tarcísio Maia

Anestesista: Dr. Tarcísio Maia

INTERVENÇÃO

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

() Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada /
Facieta em fáscia () - Só fáscia - hérnia de fáscia
Cuidados com o esterno e artéria e veias e ligações venosas
Anatomia da hérnia + hérnia de fáscia
Linfáticos da hérnia
Fechou a hérnia e fechou a ferida de fáscia
Oncor de fáscia
Hérnia de fáscia + Sutura da ferida fáscia

2012-07-04 - Sutura da ferida fáscia

Júlio César L. Nogueira
Cirurgião-Dentista
CRM-4017

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O DIA
SANTO MOSSORÓ

SAME / ARQUIVO

1. *Leucanthemum vulgare* L. (L.)

1930-1931 (Year of the 2nd World War)
1931-1932 (Year of the Great Depression)

1. *Leucosia* *leucosia* (L.) *leucosia* (L.) *leucosia* (L.) *leucosia* (L.)

Geological Survey of Canada

19. *Leucosia* *leucostoma* (Linné) *Leucosia* *leucostoma* (Linné) *Leucosia* *leucostoma* (Linné)

127 of 1400 DOCUMENTS IN THE CASE

1. **PROBLEMA. TANQUILHO MARA**
2. **CHAMPIONNE C. ORIGINAL**
3. **CHAMPIONNE C. ORIGINAL**

... **NAME, ADDRESS**

$$\|u\|_{L^2(\Omega)} \leq \sqrt{\lambda} \|u\|_{L^2(\Omega)} + \sqrt{\lambda} \|u\|_{L^2(\Omega)} = \sqrt{\lambda} \|u\|_{L^2(\Omega)}.$$



PREFEITURA MUNICIPAL DE UPANEMA
SECRETARIA DA SAÚDE

ESF



Saúde da Família

RECEITUÁRIO

Flor

do HRTM:

Garoto, 20 anos, victim
de Golpe com vento, não tem
a mostra, perdeu expecta-
tiva e expectáculo
e sente dor grande nos ossos

de Flor

Médico(a)

Mario Marcos Aida Silva
MÉDICO
CRM/RN 1276

26/03/2020

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME D'ORIGINAL
SAMÉ SORRISO

SAME / ARQUIVO



Paciente: Ismael Damião Medeiros de Souza
Idade: 71 Data: 03/07/10
Convênio: INSS

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: <u>Ressecção de úlceras fácticas</u>	CRM: <u>3187</u>	CRM: <u>3187</u>
2. Cirurgia Secundária:		
3. Cirurgião: <u>Dr. Wilson Souza</u>	CRM: <u>3187</u>	CRM: <u>3187</u>
2º Auxiliar: <u>Dr. Lígia Souza</u>	CRM: <u>3187</u>	CRM: <u>3187</u>
2º Auxiliar:		
Enfermeiros: <u>Edilene Souza</u>	<u>Valdenice M. S. Oliveira</u>	COREN: <u>3187</u>
4. Anestesiista: <u>Dr. Schubert</u>	COREN: <u>3187</u>	CRM: <u>3187</u>
5. Instrumentador: <u>Sebastião Souza</u>		COREN: <u>3187</u>
Data: <u>03/07/2010</u> - Horário: <u>08:00h</u> - Duração: <u>02h30m</u>		

6. Paciente tem evasão: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especificar: _____
7. Anôtemos Patológicos: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim
8. Urticaria: <input type="checkbox"/> Maligno <input checked="" type="checkbox"/> Benigno Dr. _____
9. Classificação da Cirurgia: <input type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Poderia haver contaminação
<input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Infectada
10. Contaminação Ima-operatória: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim
11. Programação: <input type="checkbox"/> Pré-avisada <input checked="" type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Emergência
12. Internação: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Data: <u>03/07/2010</u> Hora: _____
13. Internação atual em outro Sistema: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Fase: _____
14. Drenos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim tipo: _____
15. Protetor(s): <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim tipo: _____
16. Descrição do procedimento cirúrgico no verso

Assinatura Cirurgião: _____	CRM: _____
Data: <u>03/07/2010</u>	Assinatura Enfermeiro: _____
Para anestesia local informar:	Assinatura Enfermeiro: _____
Horário do inicio do procedimento: <u>08:00h</u>	Horário do término do procedimento: <u>10:30h</u>

FICHA DE ANESTESIA

NOME			DATA		
SERVIÇO			ANESTESISTA		
			CIRURGIÃO		
IDADE	SEXO	COR	PR. ART.	PULSO	TEMP.
12	M	AMARAL	160	80	37,5
ESTADO FÍSICO					
1 2 3 4 5					
DIAGNÓSTICO					

OPERAÇÃO REALIZADA

INÍCIO	TERMINO	DURAÇÃO	ROTINA	EMERGÊNCIA	EXTRA
--------	---------	---------	--------	------------	-------

SpO ₂	98	99	100	100	100
ETCO ₂					

HORA		OBSERVAÇÕES											
A	00												
G	00												
E	00												
N	00												
T	00												
E	00												
S	00												
CÓDIGO		OBSERVAÇÕES											
ANESTESIA X		220											
OPERAÇÃO C		200											
INTUBAÇÃO X		130											
ENOTRACHEAL		160											
PRES. SIEBEL		140											
PRES. DIAOL.		120											
PULSO		100											
80													
RESP. ABSIT.		60											
RESP. EXPON.		40											
RESP. CONTR.		20											
0													
POSIÇÃO		00											
05													
10													
15													
20													
25													
30													
35													
40													
45													
50													
55													
60													
65													
70													
75													
80													
85													
90													
95													
100													
105													
110													
115													
120													
125													
130													
135													
140													
145													
150													
155													
160													
165													
170													
175													
180													
185													
190													
195													
200													
205													
210													
215													
220													
225													
230													
235													
240													
245													
250													
255													
260													
265													
270													
275													
280													
285													
290													
295													
300													
305													
310													
315													
320													
325													
330													
335													
340													
345													
350													
355													
360													
365													
370													
375													
380													
385													
390													
395													
400													
405													
410													
415													
420													
425													
430													
435													
440													
445													
450													
455													
460													
465													
470													
475													
480													
485													
490													
495													
500													
505													
510													
515													
520													
525													
530													



ACIENTE: 1226087-DANIEL DANILÓ MENDONÇA DA SILVA

IDADE: 21 A,5 D

SUS

NFERMARIA: 203-AP 203

LEITO: 203-01

ADMISSÃO: 05/03/2020

PRESCRIÇÃO MÉDICA

05/03/2020 - 14:23:36

DIETA BRANDA / LEVE

SORO FISIOLOGICO 0,9% - 500 ML	1,00 FR	IV	06/06H	25/03/2020
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	06/06H	25/03/2020
FRAMAL 50MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	08/08H	SE DOR
CEFALOTINA 1 G	1,00FR	IV	06/06H	25/03/2020
NAUSEDRON 8 MG / 4 ML	1,00AMP	IV	06/06H	SE NÁUSEA OU VÓMITO

SSVV4+CCGG

CUIDADOS GERAIS

SONDA VESICAL DE ALÍVIO SE RETENÇÃO URINÁRIA

Dr. Guilherme Garcia Rigolin
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RN-8387/TECT 13541

8187 - GUILHERME GARCIA RIGOLIN

Descrição dos procedimentos cirúrgicos

Enviado em 09/06/2018 representante: Flávia - Flávia de Souza - Flávia de Souza - Flávia de Souza
CNPJ: 14.200.610/0001-12
Endereço: Rua Presidente Vargas, 100 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - 20030-000
CEP: 20030-000
Fone: (21) 2222-1111
E-mail: flavia.souza@uol.com.br

Flávia de Souza
14.200.610/0001-12
RJ

Data: 06/03/2020

#FRATURA TIBIA.

1.	DIETA LIVRE	
2.	SF 0,9% 500ML EV DE 12X12H	08/14/2020
3.	DIPIORNA 1G + ABD EV DE 6/6H	08/14/2020
4.	TILATIL 40MG + 100ML SF 0,9% EV , 1X/DIA (suspenso)	per pessso
5.	TRAMAL 50MG + 100ML SF 0,9% EV DE 8X8H, SE DOR	50
6.	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H	08/14/2020
7.	CURATIVO DIARIO	08/14/2020
8.	SSSVV - CCGG	08/14/2020
9.	ALTA HOSPITALAR	08/14/2020
10.		OK
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		Dr. Reginaldo Ferreira Otorrino e ORL
20.		

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente evolui em BEG, sem queixas.

FO em bom aspecto, neurovascular sem alteração.

Conduta: ALTA HOSPITALAR



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Lucas Paulo m. da Silva Idade: 11 Registro: 43365
Setor: C.C. Médico: Dr. Bento Enferm. Leitor: CC



HOSPITAL
WILSON ROSADO
HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN 59611-030
CEP: 59 650-324/0221-50
tel.: (84) 3318-9000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1226087 - DANIEL DANILLO MENDONCA DA SILVA

Data da internação: 05/03/2020 - 08:47:00 Sexo: M

Idade: 21 Anos

Convenio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Laito: 203-01

05/03/2020

Anotação

Técnico(a)	Assinatura
JOSEANE SALVANIO BATISTA	Joséane Salvânia Batista Tec. Enfermeira COREN RN 622653
JOSEANE SALVANIO BATISTA	Joséane Salvânia Batista Tec. Enfermeira COREN RN 622653

20:00:00 RECEBEMOS PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, RESPIRANDO O2 AMBIENTE, ACEITA DIETA SÓR VO. COM AMB. MAB. VIBRADORO PV, NO MOMENTO: EUPNÉICO, NORMOTENSO, NORMOCÁRICO, AFEV. VIBRALIZANDO SUAS NECESSIDADES, DIURESE AUSENTE APÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, COM CURATIVO MÍS: TBLA LIMPO E SECO, SEGUE EM REPOUSO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. ADMINISTRAÇÃO CEFALOPHINA 1G - ADD EV, DIPIRONA 500MG/KG 2ML + ADD EV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA:120/70 TABC: 35, 40°C F.C: 153 F.R.: 9 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O₂: 92 # F.O₂: 0 Ventilação: Decúbito:

22:00:00 CLOACAO 14 LITRA, SF: 0.95 EV: CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TABC: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O₂: 0 F.O₂: 0 Ventilação: Decúbito:



CARÓDIAGNÓSTICO LTDA

HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDROVERG, 299

SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010

CNAE: 35.650.324/0001-50

Tel.: (84) 3418-5290

WILSON ROSADO

IE: 00010000000000000000000000000000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1226087 - DANIEL DANILIO MENDONCA DA SILVA

Data da internação: 05/03/2020 - 08:47:00

Sexo: M

Idade: 21 A. 5 D.

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRURGICA

leito: 203-01

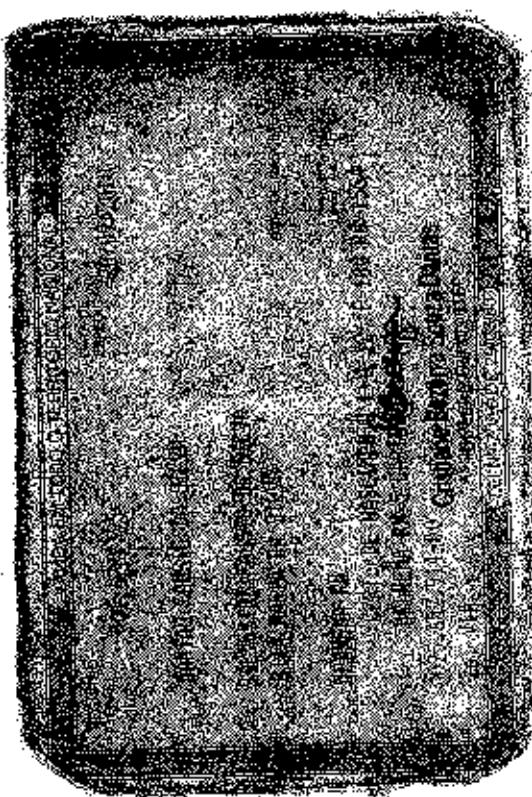
06/03/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

08:30:00	RECERCO PACIENTE SEXO MASCULINO 100% DE FRATURA DA DIAPSE DA VELHA, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA SUAS NECESSIDADES, NEGA HABITUALMENTE CONSUMO DE PRESCRIÇÃO MÉDICA, CURATIVO 1.º MÓDULO EM FO. DURELAIS PRESENTES E FUCUACOES AUSENTES. AO EXAME: NORMOTENSO, AFEBRIL, NORMOCARDICO, EUPACICO SEM OZ AMBIENTE, SEM OUTRAS, FICA OS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO. ADMINISTRADO 1 AMP DE BIPRONA SOC. 10g/IV. 2 IV. + ABD. IV. 1 FA DE CEFALOTINA 1G + ABD. IV. CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: 110x77	ALICE DAYANNE LOPES DE ALMEIDA HOLANDA	ALICE DAYANNE LOPES DE ALMEIDA HOLANDA
10:00:00	ADMINISTRADO 1 ETAPA DE SF 0,9% 500 Ml., IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX:0,00g F.C:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 FIO: 0 Ventiilação: Decúbito:	ALICE DAYANNE LOPES DE ALMEIDA HOLANDA	ALICE DAYANNE LOPES DE ALMEIDA HOLANDA



COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTERUA MIERMOZ 150, BALDÓ
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055159-0**COSERN**

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02

Ligações Grátiess:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvidoria 0800 034 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte - ARSEP 0800 727 0167 - Ligação Grátiess de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 107

Ligação Grátiess de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
DAMIAO FAUSTO DA SILVA**ENDEREÇO**
SI PALHEIROS 134 - ZONA RURAL/AREA RURAL -59670-000 UPANEMA RN -**DATA DE VENCIMENTO**
20/04/2020**TOTAL A PAGAR**
R\$ 5,40**DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL**
13/04/2020**DATA DA APRESENTAÇÃO**
13/04/2020**NÚMERO DA NOTA FISCAL**
040435856**CONTA CONTRATO**
0700848019**CLASSIFICAÇÃO**
RESIDENCIAL
Monofásico
B1**PERÍODO CONSUMO**
12/03/2020 a 13/04/2020**CONSUMO**
0

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**VIA PARA PAGAMENTO**

Destaque aqui

CONTA CONTRATO
0700848019MÊS/ANO
04/2020TOTAL A PAGAR
R\$ 5,40VENCIMENTO
20/04/2020**TALÃO DE PAGAMENTO**Evite dobrar e perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

938000000009 054000384002 700848019207 014800550536

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Daniel Danilo Mendonça da Silva brasileiro(a),
estado civil: Solteiro Profissão: Agricultor Data do Acidente 26/05/20
Cobertura Indivíduo portador(a) do RG 003.618.518 órgão expedidor
SSPRN e do CPF: 730.301.304-47 residente no(a)
S1 Polheiros, nº 134
bairro: Zona Rural, município: Upanema, RN

OUTORGADO:

Nome: Daniel Danilo Mendonça da Silva brasileiro(a),
estado civil: Solteiro Profissão: Agricultor portador(a) do RG
003.628.395 órgão expedidor SSP RN do CPF: 025.652.934-00 residente
no(a) S1 Polheiros, nº 134
bairro: Zona Rural, município: Upanema, 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.



Upanema, RN 26/05/20
Local e Data

Daniel Danilo Mendonça da Silva
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Serviço Único Notarial e Registral
Avenida Antônio Vitorino, 99, Centro, CEP nº 59070-000
(84) 3325-0240

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s)
de:

DANIEL DANILo MENDONÇA DA SILVA

Selo Digital: RN202000964710001844APH

Confira a autenticidade em <http://selo-digital.tjrn.jus.br>

Upanema/RN, 26 de Maio de 2020, 01:22

Eilda Marcella Alves de Souza

Secretaria Autorizada



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200206410

Vítima: DANIEL DANILo MENDONCA DA SILVA

Data do Acidente: 26/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DAMIAO FAUSTO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL DANILo MENDONCA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200206410

Vítima: DANIEL DANILLO MENDONCA DA SILVA

Data do Acidente: 26/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DAMIAO FAUSTO DA SILVA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DANIEL DANILLO MENDONCA DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200206410 **Vítima: DANIEL DANILo MENDONCA DA SILVA**

Data do Acidente: 26/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: DAMIAO FAUSTO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL DANILo MENDONCA DA SILVA

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\$ 3.712,50

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

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: DANIEL DANILo MENDONCA DA SILVA

Valor: R\$ 3.712,50

Banco: 001

Agência: 000001021-9

Conta: 0000024499-6

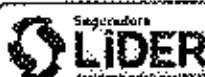
Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Daniel Mendes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RANKA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRÚRNIA SUSPENSAO N.º 05/2012

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

7 - Endereço:

8 - Bairro:

9 - Cidade:

10 - Estado:

11 - CEP:

12 - Complemento:

13 - Número:

14 - Complemento:

15 - Email:

16 - Telefone:

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 REUSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 Até R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS/CURADOR/INTOR) CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo, aviso de uso visado) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de existir)

(Inserir o dígito de existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de existir)

(Inserir o dígito de existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 sozinho após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LÂNDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

A) 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 regras do acidente ou da minha residência ou;
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido;
- O IML que atende a regras 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 invalides permanentes, 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automóvel, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa 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:

conta da vítima:

 Solteiro Casado (no civil) Divorciado Separado (intimidade) Viúvo

24 - Unas do

obito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar parentesco:

28 - Vítima:

 Sim Não

29 - Se tiver filhos, informar

 Vivos Falecidos

30 - Vítima deixou

 Sim Não

31 - Vítima

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

 Vivos Falecidos

33 - Vítima deixou

 Sim Não

34 - Informar se o beneficiário é:

 Vivos Falecidos

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Mata de R.

06/04/2020

X

Daniel Mendes da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se fornece)

17/04/2019

43 - Assinatura do Procurador (se fornece)

SISBO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
27/05/2023
S35014802
Autostorno

TRANSFERÊNCIA ENTRE CONTA CORRENTES

DAENTIE ~~LEONY~~ CONTA: 1023
AGENCIA: 1023
FABRICIA
ABERTA: 1021-0
CONTA: DANIEL O HENDRICK STRA
VALOR: 20.199,60
AGENDADA: 27/05/2023

Leia no verso o comprovante de pagamento
entre outras informações.

DECLARAÇÃO

Eu Daniel Demétrio Mendonça da Silva, RG 003.618.518
e CPF 710.301.304-44 declaro para os devidos fins que
estive no banco Brazil para regularizar minha Conta
1001-9 número 24.111-6 da agência
para poder receber o benefício da indenização do
Seguro DPVAT solicitado.

Motoboy RN 000420

Cidade, Data

Daniel Demétrio Mendonça da Silva

Assinatura do titular da conta bancária



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

Morte

2 - Nº do contrato ou ASL:

35 - CPF da vítima:

36 - Nome completo da vítima:

410301304-44 **Donel Donile Mendonça da Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR 003/2013

5 - Nome completo:

Donel Donile Mendonça da Silva

6 - Endereço:

51, Belheiros,

7 - Profissão:

Agropecuária

8 - Cidade:

Upanema

9 - Estado:

RN

10 - CEP:

59670-000

11 - RG:

141-0050

12 - Telefone:

(84) 9980-4006

13 - Bairro:

Zona Rural

14 - Endereço:

Uzex Pottau

15 - Cidade:

Upanema

16 - Estado:

RN

17 - CEP:

59670-000

18 - Telefone:

(84) 9980-4006

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORE E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 12 ÀS 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

19 - Nome completo do Representante Legal:

20 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, comprovante anexo 14 (EX-01, CÓPIA):

21 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CURADORIA:

REUSSO INFORMAIS
 SEM RENDA

R\$1.000,00 a R\$1.000,00
 R\$1.001,00 até R\$2.500,00

R\$2.501,00 até R\$7.500,00
 ACIMA DE R\$7.500,00

22 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DE INDENIZAÇÃO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA DE POUPANÇA (Somente nos bancos do Rio, Anexar uma cópia):
 Bradesco (237)
 Itaú (344)
 Banco do Brasil (001)
 Caixa Econômica Federal (184)

CONTA CORRENTE (Somente no Rio):

Nome do BANCO:

Bicard

AGÊNCIA:

1001

CONTA:

1001 24 499 6

AGÊNCIA:

1001

CONTA:

24 499 6

23 - DECLARAÇÃO DE ABSÊNCIA DE LAUDO DE IMI - RECONHECIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não impossibilitando de apresentar o laudo de laudo Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.509/92), 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 60 (sessenta) dias de prazo.

Solicito o prestejamento da assinatura do laudo pedida no anexo 14 (EX-01, CÓPIA), por intermédio de representante, com base no documento de médico que assinou, sem a apresentação do laudo de IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preexistente, caso necessário, as cuntas da Seguradora para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito causado por veículos automotivos, conforme o disposto na Lei nº 8.509/92.

Declaro que esta autorização não significa minha concordância com a fórmula avaliativa adotada ou renúncia ao direito de contágios e avaliação médica, caso decorrente do seu cumprimento.

24 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE Morte

25 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (ou VD)

Divorciado

Separado judicialmente

Vívo

26 - Estado civil da vítima:

Vívo

27 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima de seu companheiro(a):

Sim

Não

27 - Seu companheiro(a), informar o nome completo:

Sim

Não

28 - Vítima de seu filho(a), informar o nome completo:

Sim

Não

29 - Vítima de seu filho(a), informar o nome completo:

Sim

Não

30 - Vítima de seu filho(a), informar o nome completo:

Sim

Não

31 - Vítima de seu filho(a), informar o nome completo:

Sim

Não

32 - Vítima de seu filho(a), informar o nome completo:

Sim

33 - Vítima de seu filho(a), informar o nome completo:

Sim

Não

34 - Vítima de seu filho(a), informar o nome completo:

Sim

Não

35 - Vítima de seu filho(a), informar o nome completo:

Sim

Não

36 - Vítima de seu filho(a), informar o nome completo:

Sim

37 - Vítima de seu filho(a), informar o nome completo:

Sim

Não

38 - Vítima de seu filho(a), informar o nome completo:

Sim

Não

39 - Vítima de seu filho(a), informar o nome completo:

Sim

Não

40 - Vítima de seu filho(a), informar o nome completo:

Sim

41 - Local e data:

Motoboy RN

28/10/120

1. Donel Donile Mendonça da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

EPSC 001 1002/2019

43 - Assinatura do Protótipo (se houver):

44 - Assinatura do Vítima/Beneficiário (se houver):

1. Donel Donile Mendonça da Silva

45 - Assinatura da Vítima/Beneficiário (se houver):

SISBAN - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
27/05/2020 Autorendimento 16/04/2020
836000052 0423

TRANSFERÊNCIA ENTRE CONTAS CORRENTES
CLIENTE: ~~UNICOM VAGAS DE EMPRÉSAS~~
AGÊNCIA: ~~10210~~ CONTA: ~~241993~~

PARA: ~~AGÊNCIA: 10210 CONTA: 241993~~
AGÊNCIA: 10210 CONTA: 241993
CLIENTE: ~~DANIEL B MENDONÇA SILVA~~
VALOR: ~~27/05/2020~~

DATA AGENDADA:
Leia aviso sobre como conservar este documento
entre outras informações.



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 à verificação da sua autenticidade pela internet na sede da Delegacia Eletrônica e
consulta de registro da Ocorrência na Delegacia Virtual, no endereço <http://www.dafes.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001021278
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 26/02/2020 00:23:59

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 26/02/2020 14:30:00
2.3 Número: SN
2.5 Complemento:
2.7 Bairro: ZONA RURAL
2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Endereço: PAZ REIROS
2.4 CEP:
2.6 Ponto de Referência:
2.8 Cidade: UPANEMA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: DANIEL DANILÓ MENDONÇA DA SILVA
3.3 Rua: PARDO
3.5 Mês: MARIA SUELY MENDONÇA DA SILVA
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 CPF: 71030130477
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: AGRICULTOR
3.15 Telefone(s): 84 990779982
3.17 Número: 134
3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.4 Pça: DAMIÃO FAUSTO DA SILVA
3.6 Data de Nascimento: 20/02/1993
3.8 RG: 003611515 - FTFP/RN
3.10 Pseudônimo:
3.12 Naturalidade: UPANEMA
3.14 E-Mail: JACKSONBAHRE7025@HOTMAIL.COM
3.16 Logradouro: SI PALMIROS
3.18 CEP: 59570200

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1 O DECI ARANTÉ É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) VÍTIMA (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

EU VINHA DE MOTO DO TRABALHO SENTIDO DE CASA QUANDO COLIDIU DE FRENTES COM UM CARRO. O MESMO SE EVADIU DO LÓDAL DO ACIDENTE. HR1M
E EU FUI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO PARA O HOSPITAL DAS PRÓXIMIDADES E DEPOIS ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE MOSSORÓ

TIPO DE VEÍCULO: MOTOCICLETA

PLACA: MXN6969

RF/NAIAN/24534198

MARCA E MODELO: HONDA/CG 125 IT/AM

NOME DO PROPRIETÁRIO: FRANCISCO ALVES DE FREITAS

6. 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: DANIEL DANILÓ MENDONÇA DA SILVA

Data: 27/02/2020 10:03:59

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

FOU ORIENTADO A PROCURAR A DELEGACIA DO LOCAL DO FATO PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS. DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE UPANEMA - RN, OU
A 2ª DCP DE MOSSORÓ - RN.

Atendimento: 1681368 - WELLINGTON ALVES

Profissional: WEB em 27/02/2020 11:55:30

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA