

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE FERREIRA DE LIMA

Nº Sinistro: 3180337286

Vitima: JOSE FERREIRA DE LIMA

Data do Acidente: 21/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180337286**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13134597



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE FERREIRA DE LIMA

Sinistro: 3180337286
Vítima: JOSE FERREIRA DE LIMA
Data do Acidente: 21/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE ANTONIO CAMPOS DO REGO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180337286** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

084.232.451-87

Nome completo da vítima

JOSE FERREIRA DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE FERREIRA DE LIMA		CPF titular da conta 084.232.451-87	Profissão APOSENTADO
Endereço RUA SÃO JOÃO		Número 340	Complemento CASA
Bairro SÃO BENEDITO	Cidade PAU DOS FERROS	Estado RN	CEP 59.900-000
Email <i>Mão informou</i>			Telefone (DDD) (84) 9 9681 4391

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA
NRQ

D/V

CONTA
NRQ

D/V

0763

45934

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRQ

AGÊNCIA

NRQ

D/V

CONTA

NRQ

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

PAU DOS FERROS-RN, 17 de MAIO de 2018

Local e Data

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

[Assinatura]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180337286
Nome do(a) Examinado(a): Jose Ferreira de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sao Joao, 340 Casa
Sao Benedito Pau dos Ferros RN CEP: 59900-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 685710
Data local do acidente: [21/03/2018]
Data local do exame: [11/08/2018] SOUSA [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA

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

Tratamento: PACIENTE FOI SOCORRIDO E ENCAMINHADO PARA HOSPITAL DE PAU DOS FERROS - RN. FEZ IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO ACOMETIDO, E NO MESMO DIA FOI ENCAMINHADO PARA HOSPITAL TARCÍSIO MAIA - RN. FOI SUBMETIDO A CIRURGIA PARA COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR 7 DIAS. NO DIA 28 DE MARÇO, FOI SUBMETIDO A CIRURGIA PARA OSTEOSINTESE DA FRATURA. FEZ FISIOTERAPIA 43 SESSOES.
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

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

PACIENTE COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDANDO COM AUXÍLIO DE MULETAS. APRESENTA DEFORMIDADE IMPORTANTE EM TORNOZELO ESQUERDO. EDEMA (+++/4+). APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM DE FLEXAO DO TORNOZELO ESQUERDO DE ADUÇÃO (10 GRAUS), FLEXAO DORSAL (5 GRAUS), FLEXAO PLANTAR (10 GRAUS), ADUÇÃO (10 GRAUS).

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

PACIENTE COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDANDO COM AUXÍLIO DE MULETAS. APRESENTA DEFORMIDADE IMPORTANTE EM TORNOZELO ESQUERDO. EDEMA (+++/4+). APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM DE FLEXAO DO TORNOZELO ESQUERDO DE ADUÇÃO (10 GRAUS), FLEXAO DORSAL (5 GRAUS), FLEXAO PLANTAR (10 GRAUS), ADUÇÃO (10 GRAUS).

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

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

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

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM






ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPCIN
4ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE PAU DOS FERROS/RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1082/2018

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO (Colisão e queda)

Local: BR 405 próximo ao semáforo da rodoviária - Pau dos Ferros/RN.

Data e hora do fato: 21.03.2018 às 08h00min aproximadamente.

COMUNICANTE/VÍTIMA: JOSÉ FERREIRA DE LIMA

Endereço: Rua São João 340 São Benedito Pau dos Ferros /RN.

Filiação: Antonio Domingos e de Alice Ferreira dos Santos.

Naturalidade: Coremas PB

Data de Nascimento: 22.05.1948

Documento: RG nº. 685.710 -SSP/RN

CPF nº. 084.232.451-87

Profissão: Comerciante Estado Civil: casado

Grau de Instrução: Ensino primário

TEL: 84 3351 2692

IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO ENVOLVIDO

ESPÉCIE/TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA

MARCA/MOD: HONDA NXR 150 BROS MIX ES

PLACA: NNQ 9315 RN

CHASSI Nº. 9C2KD0520AR057460

ANO/MOD: 2010/2010

COR: VERMELHA

RENAVAN: 00225469545

PROPRIETÁRIO: O COMUNICANTE/VÍTIMA

CONDUTOR: COMUNICANTE/VÍTIMA

HISTÓRICO: Compareceu o comunicante/vítima a esta Unidade Policial para noticiar que no horário, data, e local acima descrito trafegava em sua motocicleta acima identificada. Que trafegava sentido Centro Hospital Regional, e depois que passou o semáforo da rodoviária colidiu por trás de outra motocicleta, que por sua vez tinha freado bruscamente por causa de um cachorro que atravessou na frente. QUE o comunicante em decorrência da colisão caiu com a perna esquerda quebrada com fratura exposta. Que foi socorrido para o Hospital Regional de Pau dos Ferros/RN, por Alexandre de Oliveira Costa, e em seguida para o hospital Tarcísio Maia em Mossoró e logo depois para o Hospital Wilson Rosado também em Mossoró. QUE o comunicante se responsabiliza civil e criminalmente pelo inteiro teor que originou o presente Boletim de Ocorrência, o qual afirma ser de total veracidade, inclusive apresentou nesta Unidade Policial documentos que comprovam seu atendimento nas unidades hospitalares acima citadas.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Registro do Boletim de Ocorrência

Testemunhas:

Carlos Alberto Pereira do Rego

Nome: Carlos Alberto Pereira do Rego, RG 264.625 SSP/RN

Endereço: Vinte e cinco de março 348 Alto do Açude Pau dos Ferros/RN

Alexandra de Oliveira Costa

Nome: Alexandra de Oliveira Costa, RG 300091205 SSP/SP

Endereço: Rua: Sítio Espadado Rafael Fernandes /RN

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

Pau dos Ferros/RN, 19 de junho de 2018.

José Ferreira de Lima
Assinatura do Comunicante/Vítima

Lindomar de O. Miranda
Lindomar de O. Miranda
Policial de Serviço
Matrícula 108017-2

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

JOSE FERREIRA DE LIMA

CPF da Vítima

084.232.451-87

Data do Acidente

21/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

PAU DOS FERROS-RN 17 de MAIO de 2018

Local e Data

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Auto

declaração

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: José Ferreira de Lima				TEL:		Nº REG: 271276	
Nas 22/05/1948	1-Masculino	Casado	Comerciante	Cert.nasc. <input type="checkbox"/>	Título <input type="checkbox"/>	CPF <input type="checkbox"/>	RG <input checked="" type="checkbox"/> Nº 685710
Pai: Antonio Domingos				Mãe: Alice Ferreira dos Santos			
Endereço: São João		340	São Benedito		PAU DOS FERROS		RN
Responsável: CNS-706-4001-3826-7081-84-99999-9666						TEL:	
Endereço do Responsável:							

Serviço: Urgência / emergência		Enfermaria:		Leito:
Admissão: 21/03/2018	Hora admissão: 07:46	Data da Alta:	Hora da Alta:	
Dados Clínicos: PA:..... mmHg Pulso:..... Bpm Temp:..... FR:.....				

Alega Acidente de Trabalho **Sim** ☐ **Não** ☐

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

Permab Vifume de Alcega
de Uoto (CASA) Cea Fombr
Extra de Tomadol. Eof.
(Perm)

Lesões ou afecções encontradas

Antônio Carlos de Souza Lima
Chefe de Seção - DAME
Mar 26 09:56:00
R. ADM. Nº 46-06-07/04/2018
RECIBO ELECTRONICO
AUTENTICACAO
CONFERE COM O ORIGINAL
26-06-2018

ARUANA SEGUROS

73 JUL 2018

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

FRANCIS EXPOSITA DE PENN. REG. CO.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 09:53

Dr. José Ferrari de Oliveira
MEDICINA
CRM-RN 2760 - CPF 312.78.834-76

BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de Tórax EA
 RX de abdome

CONDUTA:

- SRS 1000 ml em 12h ^C 10
- TENSICOM 100 + 200 em 12h ^C 10
- CEFTRIAXONA 1g - 2x/dia EV ^C 10
- AMICACINA 1g 2x/dia EV ^C 10
- DILATADOR de art. EV ^C 10
- PAINEL de
- AMLODIPINA 5mg V.O. ^C 10
- AVALIAÇÃO de exp. de
- SAT 100% I.O.

RECIBO AUTENTICADO
 CONFERE COM O ORIGINAL
 18/06/2018

Dr. José Ferrari de Oliveira
 CRM-RN 2760-CP
 Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE :

Data: ____/____/____ hora: ____

Destino: Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica: ☐ Cl. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatria: ☐
 Alta Médica: ☐ Alta a pedido: ☐ Alta a revelia: ☐ Transferência: ☐ Óbito: ☐

Médico / Carimbo: _____

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: 27/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FERREIRA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00763

CONTA: 000000045934-9

Nr. da Autenticação 2FE98353F044F60C

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMÓZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-6



www.cosern.com.br

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 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

JOSE FERREIRA DE LIMA

CPF: 067.357.644-68

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO JOAO 340

SAO BENEITO/AREA URBANA
59000-000 PAU DOS FERROS RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

16/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

09/07/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

09/07/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

009087179

Série: U

CONTA CONTRATO

000404042017

Nº DO CLIENTE

3000708450

Nº DA INSTALAÇÃO

0001290881

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

20C8.EE9F.5423.5BA7.3478.5AA7.9D5C.B7EA

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	46,00	0,51412532	23,64
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,45
Contribuição Iluminação Pública			9,71
Doação LBN - 0800 056 5099			10,00
Doação APAE - 3206-2566			5,00
TOTAL DA FATURA			50,80

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	26,09	1,15	0,30
			26,09	5,33	1,39

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh): 0,46041000

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
JUL 18		46
JUN 18		30
MAY 18		47
ABR 18		64
MAR 18		38
FEV 18		114
JAN 18		210
DEZ 17		234
NOV 17		237
OUT 17		237
SET 17		248
AUG 17		148
JUL 17		199

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	12,26	46,34
Transmissão	1,44	5,00
Distribuição (Cosern)	5,90	20,46
Energias Setoriais	1,04	7,44
Tributos	1,09	5,48
TOTAL	26,69	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
B510432	CAT	08/06/2018	58.585,00	09/07/2018	58.632,00	31	1,00000	0,00	47,00

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 08/08/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
maio/2018					
DIO-Med. de horas sem Energia	PAU FERROS	0,00	5,19	16,38	20,77
FIO-Med. de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,96
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,94	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
EURO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 10,91					
Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIO, FIO, DMC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: edivaldo batista de carvalho - r. sao joao, sao benedito / rio rural: r. pedro velho, 977, centro. Lata completa em www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Isenção do ICMS conforme Art. 14, do RICMS-RN.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000404042017	07/2018	0,00	16/07/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Fátima, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (64) 3232-4432 / Ovidual: (64) 3232-4502

ENCARGOS DE ATRIBUIÇÃO

33519658

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRESSO EM 07/06/2018 AS 16:25:31

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA:	MÊS/ANO
JOSE ANTONIO DO R CAMPOS RUA MANOEL FLOR, N, 11 - FREI DANIAO PAU DOS FERROS RN 59900-000		5848588	06/2018
INSCRIÇÃO 647.002.441.0042.002	ROTA 6	SEQ.ROTA 4553	QUANTIDADE DE COORDENADAS RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÓBICO
ODRÔMETRO A135033113	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu JOSE ANTONIO CAMPOS DO REGO Inscrito (a) no CPF 664.442.764-20 / _____
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE FERREIRA DE LIMA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 084.232.451-87 / _____, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
JOSE FERREIRA DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.232.451-87 / _____, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso Informar

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

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

Endereço	RUA MANOEL FLOR		Número	11	Complemento	CASA
Bairro	FREI DAMIÃO	Cidade	PAU DOS FERROS		Estado	RN
Email	CAMPOSREGO@HOTMAIL.COM		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)		
			(84) 9 9681-4391			

PAU DOS FERROS-RN 17 de MAIO de 2018

Local e Data


Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de PERNA EA
RIPERKuf

CONDUTA:

- ~~plac - p PERNA~~
- SRS 1000 ut EA II
 - TENSICOM para + 200 EA ^C10
 - EFFRAZOLAM 1g - 2x EA ^C10
 - AMICILINA 500mg 2x EA ^C10
 - DIFENHIDRAMINA 10mg 2x EA ^C10
 - PAINEL 2x EA ^C10
 - AMLODIPINA 5mg 1x EA ^C10

AVULSÕES de ORTOFÉDIA
SAT 1000 I EA

DESTINO DO PACIENTE :

Data: ____/____/____ hora: ____

Destino: Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica: ☐ Cl. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatria: ☐
Alta Médica: ☐ Alta a pedido: ☐ Alta a revelia: ☐ Transferência: ☐ Óbito: ☐

Médico / Carimbo: _____

Dr. José Ferrari de Oliveira
Médico
CRM-RN 2760-CP
Carimbo:

**CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO**

PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50

Regimento	108151
Data	22/07/2018
Horário	15:21

Nº AIH
ANDERSONEP

BOLETIM DE ADMISSÃO

172357 - JOSE FERREIRA DE LIMA

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 22/05/1948 - 70 ANO(S)

CPF: 084.232.451-87

RG: 685710

CNS: Convênio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE

Leito: 416-02 Enfermaria: 416 - AP 416

Endereço: SAO JOAO, N° D - CEP: 59900-000 Bairro: SAO VICENTE

Cidade: Cód.: 2409407 - PAU DOS FERROS/RN Profissão: Especialidade: CLINICA GERAL

Pai: ANTONIO DOMINGOS Mãe: ALICE FERREIRA DOS SANTOS

Naturalidade: COREMAS - PB Caráter de Atendimento: URGÊNCIA

Responsável: BENIGNA LELE LEITE - Tel:

Exame Solicitado: 10102019-VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO) - S022 - FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

Diagnóstico Definitivo:

Acomodação: ENFERMARIA

Médico: 8283 - JONATAS GOMES CARVALHO DE MELO

Carteira: 09808195000931004

Validade: 30/12/2018

Autorização:

Senha:

Gula:

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Perdido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

>48 Horas

>18 Horas

Óbito

Transferido:

História Clínica

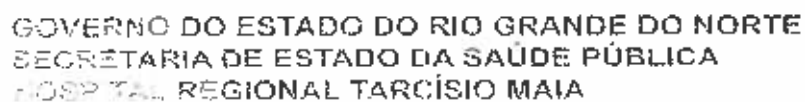
Diagnóstico Provável

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

RESPONSÁVEL

JONATAS GOMES CARVALHO DE MELO



EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: _____ Leito: _____

[illegible]

PRESCRIÇÃO

[illegible]





578

1

Ministerio de la Salud
Licenciado en Medicina JOAO, 34
CH-5010000

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

M (Licenciado p lo paco)
A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

H. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12



GOVERNO DO
RIO GRANDE DO NORTE
RECONSTRUIR DE AVANÇAR



Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte - SESAP

Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

PACIENTE: <u>Maria Ferreira de Jesus</u>	LEITO: <u>70</u>
DATA DE NASCIMENTO: <u>20/05/48</u>	IDADE: <u>70</u>
ENDEREÇO: _____	TELEFONE: _____
MUNICÍPIO: _____	
MEIO DE REMOÇÃO: _____	
RESPONSÁVEL: _____	
ENDEREÇO: _____	TELEFONE: _____
MUNICÍPIO: _____	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: <u>Fraqueza Exposta Pericardio</u>	
DATA DO ATENDIMENTO: <u>1/1</u>	DATA DA INTERNAÇÃO: <u>1/1</u>
HISTÓRIA CLÍNICA: <u>Paciente com dor de</u> <u>costas de 10 dias (cólica) e febre</u> <u>Exposta no exame físico</u>	
MEDICAMENTOS UTILIZADOS: <u>Clorpromazina 1g - 2x/dia</u> <u>Antiácido 400mg - 2x/dia</u> <u>Paracetamol 1g - 3x/dia</u>	
EXAMES REALIZADOS: <u>Rx de tórax e abdome</u> <u>normais</u>	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: <u>Fraqueza de 10 dias</u>	
ENCAMINHAMENTO PARA O HOSPITAL: <u>Fraqueza</u>	
NO MUNICÍPIO: <u>Mossoró</u>	
CONFORME CONTATOS REALIZADOS COM: <u>Enfermeira</u>	

NATAL (RN) 21/03/2018

Dr. José Ferrari de Oliveira
CARIMBO E ASSINATURA DO
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO PACIENTE
RESPONSÁVEL LEGAL



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

20.04.74

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.R.T.M.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.R.T.M.

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jose Bessaio de Roma

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7101614101011319216170111

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/05/1981

9 - SEXO

Masculino

10 - RAÇA/COR

3

11 - NOME DA MÃE

ALICE FERNANDA DOS SANTOS

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. SÃO JOÃO, 340 - SÃO BENEDITO.

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PAV DAS FERREIRAS.

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

TRIN

18 - UF

TRIN

19 - CEP

TRIN

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Victima de trauma com fratura exposta de perna (E).

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RX + exame físico. Necessidade de fixação cirúrgica

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de fêmur

24 - CID 10 PRINCIPAL

S82.2

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fixação de fêmur

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

041018195105100

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24/03/18

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Dr. Nivaldo A. de Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM RJ 0176

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 VILHETE

41 - GÊNERO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNIE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

62 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

09052018
BIM



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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐

Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente automobilístico
enche com fratura de perna e.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de perna

24 - CID 10 PRINCIPAL

S82.2

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ampliação de fratura

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0140181015013013

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/03/18

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

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 - CNIE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

03052018
BIM



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Jose Ferreira de Lima Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: fratura exposta perna (E)

Indicação terapêutica: HCV + fixação externa + sutura

INTERVENÇÃO

Início: 14:40 Fim: 15:30 Duração: 50 min

Operador Dr. Guilherme

1ª Auxiliar: Dr. Nayane

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Carlos

ARUANA SECUR

23 JUL 2018

07 05 2018

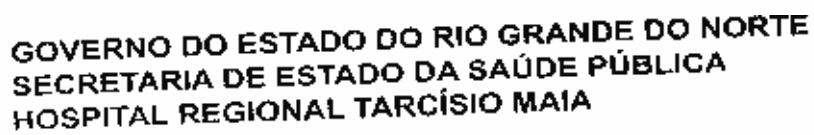
INTERVENÇÃO

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 () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

- 1) Paciente em DDA sob anestesia () ()
- 2) Antissepsia + colocação de campos estéreis 3) Limpeza
- 4) lavagem de ferimento em face anterior da perna (E) +
- 5) fixação de pontos 6) Sutura do ferimento em
- 7) colocação (E) estendendo-se até fascio plantar com
- 8) péssimo prognóstico e risco de necrose 9) Sutura
- 10) de ferimento em perna 11) boa perfusão ao final
- 12) do procedimento 13) Curativo 14) SRPA.

Dr. Natália S. Souza
Ortopedista (R. 1000) - CRM-RR 6720



Nome: José Ferreira de Sousa Leito: 101

PRESCRIÇÃO

07052018



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

Nome: José Ferreira de Lima
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC
DATA DA ADMISSÃO: 21/03/18

69 anos
Leito: 306-3
Pau dos Ferros-RN Código: 6354

DATA	EVOLUÇÃO
22/03/18	1 DIH: Fx exposta de perna E Em uso de fixador externo Evolui estável, referindo dor. Diurese e evacuação fisiológicas. BEG, eupneico, normocorado, hidratado, afebril. CD: VPM Emito SIREG Solicito Pre-op Aguarda cirurgia definitiva

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA livre	
2	SF0,9% 1500ml EV para 24h	
3	Tilatil 40mg + ABD Ev 1x/dia	10
4	Dipirona 2 mL + 8 mL ABD, Evm, 6/6h	10-16-22-31
5	Clexane 40 mg SC 1x/dia	10
6	Omeprazol 20mg VO em jejum	06
7	Cefalotina 1g + ABD EV 6/6h	10-16-22-31
8	SSVV+CCGG	
9	Curativo diário	
10	<i>Monitoria / KWA a Mobil de Família</i>	

Kléber Gomes GURGEL Paiva
Ortopedia e Traumatologia
Clínica de Mão e Cotovelo
CRM-RN 67661 / TEO 14293

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018

0205 2018
B100

LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
RUA PROJETADA, SN BAIRRO AEROPORTO - MOSSORÓ/RN

Paciente: JOSE FERREIRA DE LIMA
 Origem: CLINICA CIRURGICA ORTOPÉDICA
 Solicitante: CRM. 0/
 Coleta em: 22/03/2018 09:22:59

Sexo: MASCULINO Idade: 69 a 9 m
 Protocolo: 20135
 Coleta Nº: 0016.0001

Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
UREIA	58 mg/dL	NORMAL 10,00 a 40,00
Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
CREATININA	1,2 mg/dL	NORMAL 0,70 a 1,20
Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
GLICOSE	112 mg/dL	NEONATAL, PREMATURO 25,00 a 80,00 NEONATAL A TERMO 30,00 a 90,00 CRIANÇAS 70,00 a 105,00 NORMAL 70,00 a 99,00
Material: Sangue total	Método: Lee White	Referências
TEMPO DE COAGULACAO	4,00 mn	Normal (minutos) 4,00 a 10,00
Material: Sangue total	Método: Duke	Referências
TEMPO DE SANGRAMENTO	1,15 mn	Normal (minutos) 1,00 a 3,00
Material: Soro	Método: Automatizado: Humanlyte	Referências
SODIO	139 mEq/l	Normal 135,00 a 145,00
Material: Soro	Método: Automatizado: Humanlyte	Referências
POTASSIO	3,9 mEq/l	Normal 3,70 a 5,60

ARUANA SEGUROS
 23 JUL 2018


EVETON MARDER LIMA VIANA
 CRBM 2519

OS RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS DEVEM SER INTERPRETADOS PELO (A) SEU (SUA) MÉDICO (A)

LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
RUA PROJETADA, SN BAIRRO AEROPORTO - MOSSORÓ/RN

Paciente: JOSE FERREIRA DE LIMA
 Origem: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA
 Solicitante: CPM: 0/
 Coleta em: 22/03/2018 09:22:59

Sexo: MASCULINO Idade: 69 a 9 m
 Protocolo: 20135
 Coleta Nº: 0016.0001

Material: Sangue total

Método: Automatizado MICROS 60

Referências

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITOGRAMA

HEMACIAS	3.79 Milhões/mm ³	Normal	4,00 a 5,50
HEMOGLOBINA	12,0 g/dL	Mulher	11,50 a 16,00
		Homem	13,00 a 18,00
HEMATOCRITO	35,5 %	Mulher	36,00 a 48,00
		Homem	39,00 a 52,00
VCM	93,7 µm ³	Normal	83,00 a 98,00
HCM	31,7 pg	Normal	26,00 a 34,00
CHCM	33,8 g/dL	Normal	31,00 a 35,00
RDW	13,6 %	Normal	11,00 a 15,00

LEUCOGRAMA

LEUCOCITOS	9900 /mm ³	Normal	4000 a 11000
PROMIELOCITOS	0% = 0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 mm ³
MIELOCITOS	0% = 0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 mm ³
METAMIELOCITOS	0% = 0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 mm ³
BASTÕES	01% = 99 /mm ³	0 a 6 %	0 a 550 mm ³
SEGMENTADOS	82% = 8118 /mm ³	45 a 65 %	1800 a 7000/mm ³
LINFOCITOS	11% = 1089 /mm ³	20 a 40 %	1000 a 4400
LINFOCITOS ATÍPICOS	0% = 0 /mm ³	0 a 2 %	0 a 200/mm ³
EOSINÓFILOS	02% = 198 /mm ³	1 a 4 %	40 a 550/mm ³
BASÓFILOS	0% = 0 /mm ³	0 a 2 %	0 a 200/mm ³
MONOCITOS	04% = 396 /mm ³	4 a 8 %	200 a 900/mm ³

CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLAQUETAS	139 mil/mm ³	Normal	150 a 450
-----------------	-------------------------	--------	-----------

TROMBOCITOPENIA

ARUANA SEGUROS
 23 JUL 2018



EVETON MARDER LIMA VIANA
 CRBM 2519

OS RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS DEVEM SER INTERPRETADOS PELO (A) SEU (SUA) MÉDICO (A)

Yolanda Encarnación de Lozano
23/03/15

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018

03/24/15 11:25

300

V1

V2

V3



300

V4

V5



300

300

V6

V7



300





PACIENTE: 108151-JOSE FERREIRA DE LIMA

IDADE: 70 Anos

UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRAN

ENFERMARIA: 416-AF 416

LEITO: 416-02

ADMISSÃO: 22/03/2018

DIAS INTERNADO: 0

PRESCRIÇÃO MÉDICA

22/03/2018 - 15:46:02

DIETA LIVRE

SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 1000 ML	1,00FR	EV	24H		
CEFALOXINA 1G	1,00	EV	06/06H	+ DILUENTE	
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00AMP	EV	06/06H	+ DILUENTE	
TRAMAL 50MG/ML 2ML	1,00AMP	EV	08/08H	+ 100 ML SFO, 9%	
OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL	1,00FA	EV	1X DIA	MANHA	
CLEXANE 40MG / 0,4 ML	1,00SER	SC	1X DIA		

IS VITAIS - CUIDADOS GERAIS DE 6/6H

Nauseas, vômitos - 350mg 100ml 150 81531100

Uso contínuo de analgésico

Tratar a dor com o máximo de segurança - hidratar com 1000 ml de SFO

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

Dr. Assia G. Veríssimo
Cardiologista
CRM - RJ 5316

5316 - ASSIA GISELLE G. VERÍSSIMO CAVALCANTE

Proposição da Comissão

Nome: Wilson Roberto Nº: 14 Data: 23.03.18
 Assinatura: [assinatura]

Tenho como finalidade apresentar a proposta de alteração da Lei nº 12.729/2012, que dispõe sobre a organização do Ministério Público do Estado de São Paulo, com o objetivo de adequar a estrutura organizacional do Ministério Público do Estado de São Paulo, visando à melhoria da eficiência e da qualidade dos serviços prestados.

ARJANA SEGURANÇA
 23 JUL 2018

Nome: Wilson Roberto Nº: 14 Data: 23.03.18
 Assinatura: [assinatura]

Ministério Público do Estado de São Paulo
 23/03/2018
 CPF: 123.456.789-00

С. 102

Unemo!

میں نے وہ کہہ دیا

13 15

24 Dec 1941 - 1st Lt. [illegible] [illegible]

Let ϕ be a function of t and x such that $\phi(t, x) = 0$ for $t \leq 0$ and $x \leq 0$.

Wm. H. Burleigh

Handwritten: *Handwritten* *Handwritten*

10/10/10 12:00 PM

... to the 0th ...

... 666.

184
062

✓ *ps*

52

SN-

\mathcal{CN}^4

27-10-1906

quando

08 14 30 62.

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018

23 JUL 2018

12 + 12 =

7

Chimney and R. Pine

621

5. 5. 5. 4

$$E_{\alpha,1} = E_{\beta,1}$$

2411541

$$\bigcup_{i=1}^n \text{card}(a_i) = \bigcup_{i=1}^n \text{card}(b_i) + \text{card}(c_i)$$
$$2\lambda_1 \leq \lambda_2 \leq \lambda_3 \leq \dots \leq \lambda_{n-1} \leq \lambda_n \leq 2\lambda_{n-1} \leq 2\lambda_{n-2} \leq \dots \leq 2\lambda_2 \leq 2\lambda_1$$

<http://www.elsevier.com/locate/jmb>

$$4\text{H}^+ + 4\text{OH}^- \rightleftharpoons 4\text{H}_2\text{O}$$
[illegible]

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

[†] $\mathbb{R}^n \times \mathbb{R}^n \rightarrow \mathbb{R}^n \times \mathbb{R}^n$, $(x, y) \mapsto (x + y, x - y)$.

FICHA DE ANESTESIA

NOME										DATA	
SERVIÇO			ANESTESISTA			CIRURGIÃO					
IDADE	SEXO	COR	PR. ART.	PULSO	TEMP.	ESTADO FÍSICO		PRÉ-ANESTÉSICO			
DIAGNÓSTICO											

OPERAÇÃO REALIZADA

INICIO	TERMINO	DURAÇÃO	ROTINA	EMERGÊNCIA	EXTRA
--------	---------	---------	--------	------------	-------

SpO_2	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548
----------------	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

[illegible]

HORA		OBSERVAÇÕES	
A			
G			
E			
N			
T			
S			
CÓDIGO			
ARRESTO SIA	220		
OPERAÇÃO (FC)	200		
VITIMIZAÇÃO X ENCONTRO REAL	180		
	160		
PRES. DISTOL. Y	140		
PRES. DISTOL. A	120		
PULSO. <	100		
	80		
RESP. ASSIST. -RA	60		
RESP. EXPORT. -RE	40		
	20		
RESP. CONTR. -RC	0		
POSICÃO	OBSERVAÇÕES	Soro	
		Sangue	
		Outros	

TÉCNICA ANEST. GERAL: () INALATÓRIA: () ENDOVENOSA: () BALANCEADA: () SEDACÃO: ()
ANEST. REGIONAL: () RAQUIDIANA: (X) PERIURAL: () OUTROS: ()

AGENTES EMPREGADOS

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

ACORDADO	SALA DE RECUPERAÇÃO	CONDIÇÕES	ÓBITO
----------	---------------------	-----------	-------

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

$$10.46 \times 10^2$$

_____ Conviene: _____ Unidacq/Letto

Journal of the American Statistical Association

At the same time, it is to be
understood that the
of the proposed plan

Preexisting Attributions

AP567-11-11

[illegible]

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

responsabilidade administrativa por:

Altitude

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M Idade: 70 ANOS
Convênio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE
Clínica: CLÍNICA GERAL Leito: 416-02

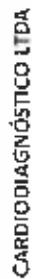
22/03/2018

Hora PA Temp FC FR Glicemia

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018

Assinatura

17:10:00	ADMITO PACIENTE DO SEXO MASCULINO, PROVENIENTE DO SETOR DA RECEPCAO, VEIO EM CADEIRA DE RODAS ACOMPANHADO POR MAQUEIRO E FAMILIARES PARA TRATAMENTO DE FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA + FERIMENTO GRAVE EM CALCANEIO. SIC MEGA DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. RELATA SER HIPERTENSO. FAZ USO DE MEDICACAO COMO: VENZER HCT 16 MG/12.2 MG AO EXAME CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM O2 AMBIENTE AFÉBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDICO. TORAX SIMETRICO EM AMBOS HEMITORAX MV+, RHA+, AVP EM MSE VIABILIZANDO HV+ TERAPIA MEDICAMENTOSA CURATIVO EM NIE COM TIRACAO DIURESE PRESENTE. SEGUIE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.	PRISCILA CASSANDRA MELO DE	Priscila Cassandra Melo de Oliveira Enfermeira COREN: 420693
----------	--	----------------------------	--



HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59677-010

CNPJ: 25.650.424/0001-50

Tel.: 841 3318 9700

Page 1 of 1

Data impresso: 27/03/2017

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Idade: 70 ANOS
Sexo: M
Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00

Sexo: M

Idade: 70 ANOS

Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE

Clínica: CLÍNICA GERAL Leito: 416-01

22/03/2018	Anotação	Técnico(a)	Assinatura
19:30:00	PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM O2 AMBIENTE, DIETA VO, AVP EM MSE, AO EXAME: AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, SEM QUEIXAS NOMINMENTO, SEGUIE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. - PA: 130x80 TAX: 37,40% F.C.: 100 F.R.: 20 Glicemia: 0	JOCINEIDE ALVES DE MORAIS	Jocineide A. Moraes Téc. Enfermagem COREN/RN 1263788
20:00:00	ADMINISTRADO CEFALOTINA 1G 1FR+ABD EV+TRAMAL 50MG/MIL 2ML+100ML DE SFQ, 9% EV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. PACIENTE NÃO ACEITOU SER ADMINISTRADO A CLEXANE. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0	JOCINEIDE ALVES DE MORAIS	Jocineide A. Moraes Téc. Enfermagem COREN/RN 1263788
22:00:00	ADMINISTRADO DIPIPONA 1AMP + ABD EV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0	JOCINEIDE ALVES DE MORAIS	Jocineide A. Moraes Téc. Enfermagem COREN/RN 1263788

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M Idade: 70 ANOS
Convênio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE
Clínica: CLÍNICA GERAL Leito: 416-01

23/03/2018

Hora PA Temp FC FR Glicemia

Assinatura

10:00:00

REALIZADO CURATIVO EM REGIÃO SACRAL, APRESENTANDO LESÃO POR PRESSÃO DE GRAU II, COM PRESENÇA DE BOLHAS ELIMINANDO EXUDATO SEROSO, E COM HIPEREMIA EM ADJACÊNCIAS. UTILIZADO EM COBERTURA PRIMÁRIA, HIDROCOLÓIDE COM ALGINATO, E EM COBERTURA SECUNDÁRIA, GAZES ESTÉREIS FIXADAS COM FITA MICROPOROSA. E, REALIZADO TROCA DE CURATIVOS EM MIE, EM REGIÕES DE PERNA, COM FIXADOR EXTERNO, ELIMINANDO EXUDATO SANGUINOLENTO, E EM CALCÂNEO APRESENTANDO INCISÃO SUTURADA COM MEDIÇÃO DE APROXIMADAMENTE 10M CM DE EXTENSÃO. FEITO LIMPEZA ESTÉRIL COM SF0.9% E GAZES ESTÉREIS, UTILIZADO EM COBERTURA GAZES, ATADOURAS E FIXAÇÃO COM ESPARADRAPO.

KAROLAYNE
GABRIELLA M
RODRIGUES

K. RODRIGUES
CPF: 006.744-08
KAROLAYNE RODRIGUES
CPF: 006.744-08





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59013-030

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Tel: (54) 3318-9000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data Impresso: 23/03/2018

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data de internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M Idade: 70 ANOS

Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE

Clinica: CLINICA GERAL Leito: 416-01

23/03/2018

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

14:00:00	PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, ACEITANDO POUCA DIETA, RESPIRANDO O2 AMBIENTE AO EXAME AFEBRIL, LUPINEICO, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, AVP EM MMSE COM FIXADOR EXTERNO EM MMIE DIURESE PRESENTE, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, ADMINISTRADO 01 FR CEFALOTINA 1G+ABD-EV. - PA:120X80 TAX: 36,10% F.C.:89 F.R.: 20 Glicemia: 0	ANTONIA ANDREA GOMES DE SOUSA	Micro Antonia Gomes de Sousa Técnica Enfermagem CNPJ: 35.650.324/0001-50
15:00:00	PACIENTE RECEBEU VISITA DE DR GURGEL QUE ORIENTOU PARA QUE O CURATIVO DO FIXADOR EXTERNO PERMANEÇA SENDO COBERTO APENAS COM GASES+ESPARADRAPO MICROPORE. NO MOMENTO REALIZADO CURATIVO UTILIZANDO PARA LIMPEZA DO FERIMENTO SFQ, 9%, COBERTO COM GASES ESTERIL E ESPARADRAPO MICROPORE. PA: TAX: 0,00% F.C.:10 F.R.: 0 Glicemia: 0	ANTONIA ANDREA GOMES DE SOUSA	Micro Antonia Gomes de Sousa Técnica Enfermagem CNPJ: 35.650.324/0001-50
18:00:00	COLOCADA 19ETAPA SFQ, 9%-500ML-EV. - PA: TAX: 0,00% F.C.:10 F.R.: 0 Glicemia: 0	ANTONIA ANDREA GOMES DE SOUSA	Micro Antonia Gomes de Sousa Técnica Enfermagem CNPJ: 35.650.324/0001-50

ARUANA SEGURO
23 JUL 2018

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

CNPJ: 35.650.324/0001-50

MOSSORÓ/RN

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Page 1 of 1

Data impresso 24/03/2018

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00

Sexo: M

Idade: 70 ANOS

Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE

Clínica: CLÍNICA GERAL Leito: 416-01

Profissional

Assinatura

ARUANA SECUR
23 JUL 2018

24/03/2018

2:00	Pa: Temp: 0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0 FOI ADMINISTRADO CEFALOTINA 1G 1FA + ABD IV CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	SANYSUANY	SANY S. F. VIANA DE SOUSA TEC DE ENFERMAGEM COREN/RN 1150.686
6:00	Pa: Temp: 0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0 FOI ADMINISTRADO SRS 500ML IV, REALIZADO CURATIVO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA,	SANYSUANY	SANY S. F. VIANA DE SOUSA TEC DE ENFERMAGEM COREN/RN 1150.686
8:20	Pa: Temp: 0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0 FOI REALIZADO CURATIVO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO	SANYSUANY	SANY S. F. VIANA DE SOUSA TEC DE ENFERMAGEM COREN/RN 1150.686

23/03/2018

20:00	Pa: 110X80, Temp: 36, FC: 99, FR: 20, Glicemia: 0 PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, ACEITA DIETA POR VO, COM ACP EM MSD, ELIMINAÇÕES PRESENTES, SEM QUEIXAS AO EXAME. EUPNEICO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDICO. FOI ADMINISTRADO CEFALOTINA 1G 1FA + ABD IV, CLEXANE 40MG 1SERINGA SC CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	SANYSUANY	SANY S. F. VIANA DE SOUSA TEC DE ENFERMAGEM COREN/RN 1150.686
-------	---	-----------	---



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VEIHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel.: (084) 3318-5000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data de internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M Idade: 70 ANOS
Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE
Clínica: CLINICA GERAL Leito: 416-01

24/03/2018

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

13:30:00	PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, ESTÁ COM ACESSO VENOSO PERIFERICO, ACEITOU BEM A DIETA, DIURSESE PRESENTE, EVACUAÇÃO PRESENTES, SEM QUEIXAS SEGUJE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. - PA:110/70 TAX: 36,20% F.C.:100 F.R.: 21 Glicemia: 0	ANGELA MARIA PEREIRA DOS SANTOS	
14:00:00	FOI ADMINISTRADO, 1 FRA DE CEFALOTINA 16, EV. 1 AMP DE ABD, 1 SERINGA 10CC, 1 AGULHA 40/12, - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	ANGELA MARIA PEREIRA DOS SANTOS	
15:00:00	FOI COLOCADO, 500ML DE SF 0,9% EV. - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	ANGELA MARIA PEREIRA DOS SANTOS	





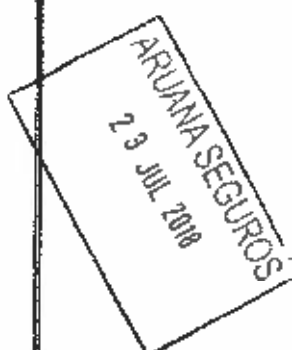
WILSON ROSADO

CAROLINA ROSADO LIMA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel: (84) 3318-9000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da Internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M Idade: 70 ANOS
Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE
Clínica: CLINICA GERAL Leito: 416-01



Page 1 of 1
Data Impresso: 28/03/2018

25/03/2018

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

08:00:00	PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADA ACESSO VENOSO PERIFERICO, AFEBRIL, NORMOTENSO RESPIRANDO EM O2 AMBIENTE, ACEITA BEM DIETA PRE CIRURGICO COM FIXADO NO MIE FOI MEDICADO COM 1FA CEFALOTINA +ABD FICA EM OBS; - PA:120X80 TAX: 36,00º F.C.:75 F.R.: 20 Glicemia: 0	IONETE FREITAS DA SILVA	
14:00:00	PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM ACESSO VENOSO PERIFERICO AFEBRIL, NORMOTENSO RESPIRANDO EM O2 AMBIENTE, ACEITA BEM DIETA, REALIZADO CURATIVO NO MIE VAI REALIZA CIRURGIA AMANHÃ FOI MEDICADO COM 1FA CEFALOTINA 1G +ABD FICA EM OBS; - PA:120X80 TAX: 36,00º F.C.:75 F.R.: 20 Glicemia: 0	IONETE FREITAS DA SILVA	
18:00:00	ADMINISTRADO 1ª ETAPA DE SF9% - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	IONETE FREITAS DA SILVA	

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M Idade: 70 ANOS

Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE

Clínica: CLÍNICA GERAL Leito: 416-01

26/03/2018

Anotação

	Anotação	Técnico(a)	Assinatura
08:00:00	PACIENTE EVOLUI BEM, CONSCIENTE E ORIENTADA, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, RESPIRANDO O2 AMBIENTE. EM DIETA ZERO. AO EXAME AFEBRIL, NORMOCARDIO, NORMOTENSO, EUPNEICO. PACIENTE PUNÇIONADO COM JELCO N20 EM MSD. DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÕES AUSENTES. ADMINISTRADO IFR DE CEFALOTINA + ABD. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. - PA:130x90 TAX: 36,20% F.C.:81 F.R.: 20 Glicemia: 0	FERNANDA THAMARA L. DA SILVA	
09:00:00	AFERIDO PRESSÃO ARTERIAL. - PA:120x80 TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	FERNANDA THAMARA L. DA SILVA	
12:00:00	REALIZADO CURATIVO. - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	FERNANDA THAMARA L. DA SILVA	

ARUANA SEGUROS
 23 JUL 2018



HOSPITAL WILSON ROSADO
PÉDRO VIEIRA, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel: (84) 3318 9000

HOSPITAL WILSON ROSADO
PÉDRO VIEIRA, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel: (84) 3318 9000

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

Página 1 of 2
Data impresso: 27/03/2018

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00

Sexo: M

Idade: 70 ANOS

Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE

Clinica: CLINICA GERAL Leito: 416-01

26/03/2018

PROFISSIONAL

ASSINATURA

20:30	Pa.: 120x80, Temp.: 36, FC.: 88, FR.: 20, Glicemia: 0 RECEBO PACIENTE PROVENIENTE DO CRO, EM MACA + MAQUETERO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, O2 AMBIENTE, ACEITA DIETA, AO EXAME: NORMOTERMICO, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, EUPNEICO, SPO2: 91%, AVE EM MSD, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES SEGUE AOS CUIDADOS.	ANA SABRINA PRAXEDES RIBEIRO CAVALCANTE	ANA SABRINA PRAXEDES RIBEIRO CAVALCANTE
21:00	Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 ADMINISTRADO SG 5% 500ML IV CONFORME PRESCRIÇÃO.	ANA SABRINA PRAXEDES RIBEIRO CAVALCANTE	ANA SABRINA PRAXEDES RIBEIRO CAVALCANTE
22:00	Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 ADMINISTRADO TILUTIL 40MG+ABD IV CONFORME PRESCRIÇÃO.	ANA SABRINA PRAXEDES RIBEIRO CAVALCANTE	ANA SABRINA PRAXEDES RIBEIRO CAVALCANTE

27/03/2018

0:00	Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 ADMINISTRADO SRS 500ML EV, CEFALOTINA 1G+ABD EV, DILPIRONA 4ML+ABD EV, CONFORME PRESCRIÇÃO.	ANA SABRINA PRAXEDES RIBEIRO CAVALCANTE	ANA SABRINA PRAXEDES RIBEIRO CAVALCANTE
3:00	Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 PACIENTE APRESENTOU DORES FORTES EM INSE LOCAL DA CIRCUNF. E FOM MEDICADO COM TRAMMAL 1AMP+100ML DE SFO, 9% EV	ANA SABRINA PRAXEDES RIBEIRO CAVALCANTE	ANA SABRINA PRAXEDES RIBEIRO CAVALCANTE
4:00	Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 SEM QUEIXAS, SEGUE AOS CUIDADOS.	JOCENEIDE ALVES DE MORAIS	JOCENEIDE ALVES DE MORAIS



HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-10
Tel.: (84) 3338-9000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M Idade: 70 ANOS
Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE
Clínica: CLINICA GERAL Leito: 416-01

27/03/2018

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

07:00:00	PACIENTE POS OP, CONCIENTE, ORIENTADO, NORMOTENSO, AFEBRIL, EUPNEICO, EM AA, NORMOCARDICO, DIETA VO, DIURESE E EVACUAÇÕES ESPONTÂNEAS. CURATIVO EM REGIÃO SACRAL E CURATIVO EM MIE. SIGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE. - PA: 120x80 TAX: 36,00% F.C.: 89 F.R.: 0 Glicemia: 0	BRUNO SEZAR PAIVA	Bruno Sezar de Paiva Tec. de Enfermagem COREN-RN 1004265
10:00:00	ADMINISTRADO ILIATIL 1 FA + ABD EV - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0	BRUNO SEZAR PAIVA	Bruno Sezar de Paiva Tec. de Enfermagem COREN-RN 1004265
12:00:00	ADMINISTRADO DIPIRONA 1 FA + ABD EV. CEFALOTINA 1 FA 1 G + ABD EV - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0	BRUNO SEZAR PAIVA	Bruno Sezar de Paiva Tec. de Enfermagem COREN-RN 1004265
12:00:00	COLOCADA 1 ETAPA DE SRS IV 500 ML - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0	BRUNO SEZAR PAIVA	Bruno Sezar de Paiva Tec. de Enfermagem COREN-RN 1004265

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018



HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSORO/RN - 59611-010

CNPJ: 35.650.324/0002-50

Tel.: (84) 3318-9000

WILSON ROSADO

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M Idade: 70 ANOS

Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE

Clinica: CLINICA GERAL Leito: 416-01

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

28/03/2018

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

08:00:00	RECEBO PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, RESPIRANDO EM O2 AMBIENTE, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, ACEITANDO SUA DIETA V.O AO EXAME: HIPOTENSO, NORMOCÁRDICO, AFEERIL, EUPNEICO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E ESPONTÂNEAS, COM CURATIVO LIMPO EM MLE E AVP NO MSE VIABILIZANDO H.V E TERAPIA MEDICAMENTOSA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA:100/60 TAX: 36,00% F.C.:76 F.R.: 20 Glicemia: 0	PUERLA PALOMA LEONEZ LEANDRO	
10:00:00	ADMINISTRADO TILATIL 40MG + ABD IV - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	PUERLA PALOMA LEONEZ LEANDRO	
10:30:00	RETRADADO AVP E PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR POR ORDEM MÉDICA - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	PUERLA PALOMA LEONEZ LEANDRO	



Dr. Emanuel Fernandes de Paula, MD - CCD - GDT.

ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA - CRM-4008 - TEOT 9450

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - SBOT

Membro do Comitê de Osteoporose e Doenças Metabólicas - SBOT

Membro Afiliado Internacional da Associação Americana de Cirurgiões Ortopédicos - AAOS

Membro Coligado ao Colégio Brasileiro de Radiologia - CBR

Desenvolvida Clínica e Técnica Certificada pela Sociedade

Internacional de Dentofacial Clínica - ISCD

O Sr. João F. de Paula
foi vítima de Acidente de
Trânsito, ocorrido em
21/03/18 a feitura de posto de
gasolina. Foi ferido e
foi levado ao hospital para
tratamento. Foi encaminhado
para tratamento.

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

Dr. Emanuel F. Paula
Ortopedista e Traumatologista
CRM-4008

10 1 071 18

Rua Manoel Alexandre, 561 - Princesinha do Oeste
Fone: (84) 3351-9000 - 99924-1791 - Pau dos Ferros/RN

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
JOSE ANTONIO CAMPOS DO REGO

DOC. IDENTIDADE / DATA EMISSAO
1234748 BGP RJ

CPF
664.442.764-20 DATA NASCIMTO
17/02/1970

RENCAO
ANTONIO DIAS CAMPOS
MARIA RORBUQA DO REGO
CAMPOS

PRENHAO [] ADO [] CARRUA []

Nº RENHAO
04419348416 VALIDADE
22/05/2018 Pº HABILITACAO
29/10/1993

CLASSIFICACAO

Jose Antonio Campos do Rego

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SAU DOS FERROS, RN DATA EMISSAO
26/05/2014

35394655280
RN701977873

DETRAN RN (RIO GRANDE DO NORTE)

MÁQUINA EM USO
O TERNOTER NACIONAL
958203611

PRELIMINAR PLASTIFICAR
958203611

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180337286 **Cidade:** Pau dos Ferros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 21/03/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDANDO COM AUXÍLIO DE MULETAS. APRESENTA DEFORMIDADE IMPORTANTE EM TORNOZELO ESQUERDO. EDEMA (+++/4+). APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM DE FLEXAO DO TORNOZELO ESQUERDO DE ADUÇÃO (10 GRAUS), FLEXAO DORSAL (5 GRAUS), FLEXAO PLANTAR (10 GRAUS), ADUÇÃO (10 GRAUS).

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, COM PRESERVAÇÃO DE FUNÇÃO DO MEMBRO ACOMETIDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Raimundo Pereira de Oliveira Neto

CRM do médico: 7041

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Médico revisor: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

/ INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA

JOSE FERREIRA DE LIMA

DATA DO ACIDENTE 21/03/2018 CPF DA VITIMA 084.232.451-87

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOSE ANTONIO CAMPOS DO REGO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESSO COM

A VITIMA É PROCURADOR

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA MANOEL FLOR

Nº 11 COMPLEMENTO CASA BAIRRO FREI DAMIÃO

CIDADE PAU DOS FERROS UF RN CEP 59.900-000

E-MAIL camposnego@hotmail.com TELEFONE (84) 9 9681-4391

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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (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 VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DA VITIMA (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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS☐ AUTOS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRABALHISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 23/07/2018

IDENTIDADE 1.134.748 SSP / RN

ASSINATURA 23/07/2018

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 23/07/2018

NOME Luciana Silveira

ASSINATURA

Dados do Veículo de placa NNQ9315					Em 23/07/2018 13:00:53	
Placa NNQ9315	Renavam 225469545	Placa Anterior NNQ9315/RN	Tipo 4-MOTOCICLETA	Categoria 1-Particular	Espécie 1-Passageiro	Lugares 2
Marca/Modelo 014914-HONDA/NXR150 BROS MIX ES (Nacional)		Fabricação/Modelo 2010/2010	Potência 0	Combustível 16-Alcool-Gasol	Cor 15-VERMELHA	Carroceria 999-NAO APLICAVEL
Nome do Proprietário JOSE FERREIRA DE LIMA				Recadastrado DETRAN DetranNet		
Proprietário Anterior MOTOESTE MOTORES P E ACSS OESTE LTDA				Situação Lacre REGULAR Portaria 272/2007 DENATRAN		
Município de Emplacamento PAU DOS FERROS		Licenciado até 2018 em 18/05/2018, Licenciamento Anual on-line (CRLV emitido por DDETRAN\01135901481)(Via 1)		Adquirido em 15/07/2010	Situação Em Circulação	
Restrição à Venda Alienação Fiduciária em favor de BANCO HONDA S/A				Cartão de Licenciamento 2018 Não gerado em 23/04/2018 às 16:09 hs. (Algum débito 2018 pago)		
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame Registro de Baixa de Alienação Fiduciária informado por BANCO HONDA S/A em 14/07/2014 às 18h26min para JOSE FERREIRA DE LIMA						
Impedimentos Nenhum impedimento registrado até esta data						
▼ Listagem de Débitos Nenhum débito em aberto cadastrado para este veículo.						
▼ Infrações em Autuação Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.						
▼ Listagem de Multas Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.						
▼ Último Processo						
Processo 57004520/2010	Interessado 08423245187	Início em 21/07/2010 às 10h28min				
Situação Encerrado		Final em 23/07/2010 às 09h44min				
Serviço		Execução em				
Primeiro Emplacamento		Em 21/07/2010 às 10h28min por 37820788453				
Alienação Fiduciária		Em 21/07/2010 às 10h28min por 37820788453				
Geração de guia de pagamento		Em 21/07/2010 às 10h28min por 37820788453				
Auditoria		Em 23/07/2010 às 09h44min por 14622181487				
Emissão CRV(1ª via)		Em 23/07/2010 às 09h48min por 52977846700				
▼ Recurso de Infração Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.						
► Histórico de Impedimentos Nenhum impedimento cadastrado para este veículo.						

**Não Possui valor como
NADA CONSTA !**

ARUANA SEC
23 JUL 2018

◀ Voltar



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

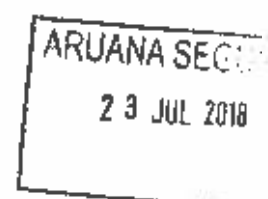
DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2018 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

BILHETE PAGO EM: 07/05/2018

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	RN/NNQ-9315
CHASSI Nº:	9C2KD0520AR057460
RENAVAM:	00225469545
NOME DO PROPRIETÁRIO:	JOSE FERREIRA DE LIMA
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 185,50 (CENTO E OITENTA E CINCO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018



Em caso de dúvidas, entrar em contato com a Central de Pagamentos DPVAT através do 0800 701 3427

Para saber mais sobre o Seguro DPVAT, consulte o site www.segurodpvat.com.br ou entre em contato com a Seguradora Líder.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180337286 **Cidade:** Pau dos Ferros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 21/03/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes:

DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: JOSE FERREIRA DE LIMA.... brasileiro(a), estado civil ...CASADO.....
profissão.....APOSENTADO....., residente e domiciliado à Rua .. SÃO JOÃO..., nº ..340...,
bairro SÃO BENEDITO....., Município de ...PAU DOS FERROS....., Estado de(o)
.....RN....., Cep.:...59.900-000....., portador(a) do Rg nº..... 685.710....., SSP / RN..... e CPF
nº ... 084.232.451-87.....

Outorgado:JOSÉ ANTONIO CAMPOS DO REGO.....brasileiro(a),
estado civilDIVORCIADO....., profissão ..AUTÔNOMO....., residente e
domiciliado(a) à Rua..MANOEL FLÔR....., nº ..11....., bairro.....FREI
DAMIÃO....., Município dePAU DOS FERROS....., Estado de (o).....RN.....
Cep..59.900-000..., portador (a) do RG nº...1.134.748.-SSP/ RN... e CPF nº..664.442.764-20..

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) .. JOSE FERREIRA DE LIMA....., ocorrido em ..21.../..03.../..2018., conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

.....PAU DOS FERROS - RN...., 17...., deMAIO de 2018.

CARTÓRIO JALES
1º. Ofício

Outorgante

CPF Nº 084.232.451-87.....

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade

De Jose Ferreira de Lima

Pau dos F. 01.06.2018

AVANY L. MARIA DE MOTA PAIVA DIAS
BELIA SUBSTITUTA - CPF 490.554.104-2



ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira