



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 6058 /2020

Admissão: 01/02/2020 15:09:15

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: **162605 - JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA** (36 a 7 m 15 d)

Nascimento: 01/08/1983 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: M Cor: SEM
INFORMACAO

CNS: CPF: 01218888431

Prof:

Mãe: MARIA JOSE DE ALMEIDA Pai:

Logradouro: SIQUEIRA CAMPOS, 990

CEP: 59108400 Bairro: POTENGI

Cidade: NATAL

Telefone: 84 32327500 Compl:

Motivo: MOTO X MOTO - COLISÃO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS: SAMU NATAL					Classificação: 01/02/2020 15:04:20				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO/MOTO/CARRO - REFERE DOR+EDEMA EM JOELHO DIREITO

Hora: _____

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 01/02/2020 16:16:51 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **162605 JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA**

Prontuário: 1193620

CNS: _____ Nascimento: 01/08/1983 Sexo: Masculino

Cor: SEM INFORMACAO

Mãe: MARIA JOSE DE ALMEIDA

Pai: _____

Endereço: RUA SIQUEIRA CAMPOS, 990 - POTENGI - NATAL

Fone: 32327500 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: _____

240810 UF: RN

CEP: 59108-400

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 4171 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

DOR NO JOELHO DIR APOS QUEDA DE MOTO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

O QYADRO CLINICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RAIO X DO JOELHO

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.9 FRATURA DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA*408050551.TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTI

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PLATO TIBIAL, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Faz Antibioticoterapia☐ Diabetes☐ Hipertensão☐ Obesidade☒ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

MARCONI MEDEIROS BRANDAO

CRM: 3642 / RN

Data da Solicitação 01/02/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____

CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____

Orgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____



Paciente: 162605 - JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

FIA: 4-1182/2020

Idade: 36 ano(s) 7 mes(es) e 15 dia(s)

Prescrição Nº: 14

Hospital / Unidade: WG - 4 ANDAR

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1193620

Peso:

Data Internação: 01/02/2020 16:16

Início Validade: 15/02/2020 19:00 até 16/02/2020 18:59

Quarto / Leito: 16 - 454

Médico Resp.: 206-MARCONI MEDEIROS BRANDAO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

15/02/2020 10:12:42 - Paciente apresentando fratura de platô tibial em joelho D, submetido controle de dano com fixador externo. Evolui bem sem queixas. Aguarda vaga no NIR -
CD: AGUARDA VAGA PARA TRANSFERENCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - <u>TRAMADOL 50MG</u>	1	COM	VO	8h/8h		22 06 14
3 - DAPIRONA, SODICA (500 MG/ML 20 ML GOTAS)	40	GTS	VO	6h/6h		00 06 12 18
4 - <u>CEFALEXINA 500 MG</u>	1	OAP	VO	6h/6h		00 06 12 18
5 - <u>ENOXAPARINA 40MG/0.4 ML SC</u>	1	SER	SC	24h/24h		18
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
6 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						
7 - CURATIVO DIARIO						

KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS
CRM-4421/RN



Paciente: 162605 - JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

FIA: 4-1182/2020

Idade: 36 ano(s) 7 mes(es) e 15 dia(s)

Prescrição Nº: 14

Hospital / Unidade: WG - 4 ANDAR

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1193620

Peso:

Data Internação: 01/02/2020 16:16

Início Validade: 15/02/2020 19:00 até 16/02/2020 18:59

Quarto / Leito: 16 - 454

Médico Resp.: 206-MARCONI MEDEIROS BRANDAO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

15/02/2020 10:12:42 - Paciente apresentando fratura de platô tibial em joelho D, submetido controle de dano com fixador externo. Evolui bem sem queixas. Aguarda vaga no NIR -
CD: AGUARDA VAGA PARA TRANSFERENCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

1 - LIVRE

MEDICAMENTO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

2 - TRAMADOL 50MG

1

COM

VO

8h/8h

22 06 14

3 - DIPIRONA, SODICA (500 MG/ML 20 ML GOTAS)

40

GTS

VO

6h/6h

00 06 12 18

4 - CEFALEXINA 500 MG

1

CAP

VO

6h/6h

00 06 12 18

5 - ENOXAPARINA 40MG/0,4 ML SC

1

SER

SC

24h/24h

18

CUIDADOS

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

6 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

7 - CURATIVO DIARIO

KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS
CRM-4421/RN

FIA / BAA: 1182 / 2020

Paciente: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

Convênio: SUS

Categoria: GRATUITO

Unidade: 4 ANDAR

Quarto / Leito: 16 / 454

Tipo de Cirurgia: 4

Prontuário: 1193620

Data Agendamento: 01/02/2020 21:45

Cirurgia: TTO CIR FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Data Realização: 01/02/2020 20:50

Potencial de Contaminação: Potencial Contaminada

Cirurgião: KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS

Anestesista: RICARDO CESAR BARBOSA DE MACEDO

Tipo Anestesia: RAQUE

Instrumentador:

Equipe:

Data do Relatório: 01/02/2020 22:08

Profissional:

Relato da Cirurgia:

1- PACIENTE ANESTESIADO

2-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3- CAMPEAMENTO ESTÉRIL

4- REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR PARA

CONTROLE DE DANO

5- CURATIVO ESTÉRIL

FIA / BAA: 1182 / 2020

Paciente: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

Convênio: SUS

Categoria: GRATUITO

Unidade: 4 ANDAR

Quarto / Leito: 16 / 454

Tipo de Cirurgia: 4

Prontuário: 1193620

Data Agendamento: 01/02/2020 21:45

Cirurgia: TTO CIR FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Data Realização: 01/02/2020 20:50

Potencial de Contaminação: Potencial Contaminada

Cirurgião: KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS

Anestesiologista: RICARDO CESAR BARBOSA DE MACEDO

Tipo Anestesia: RAQUE

Instrumentador:

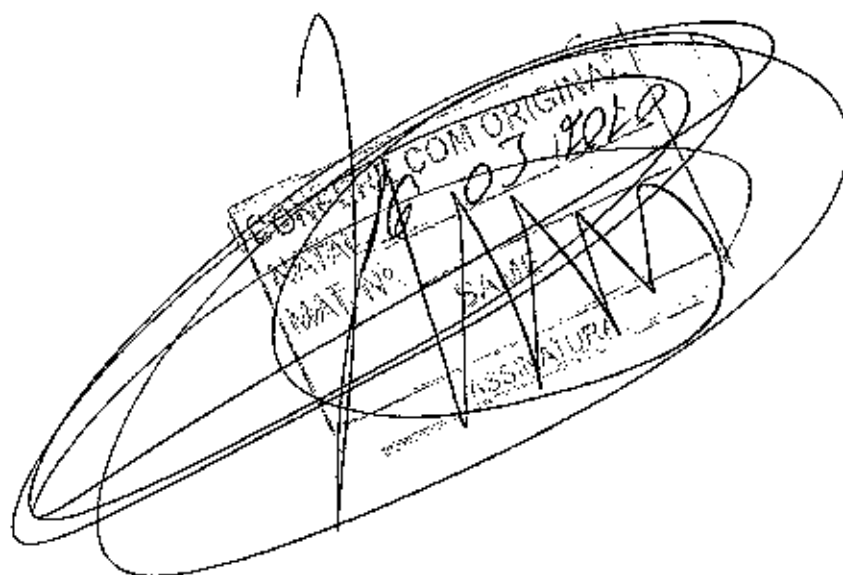
Equipe:

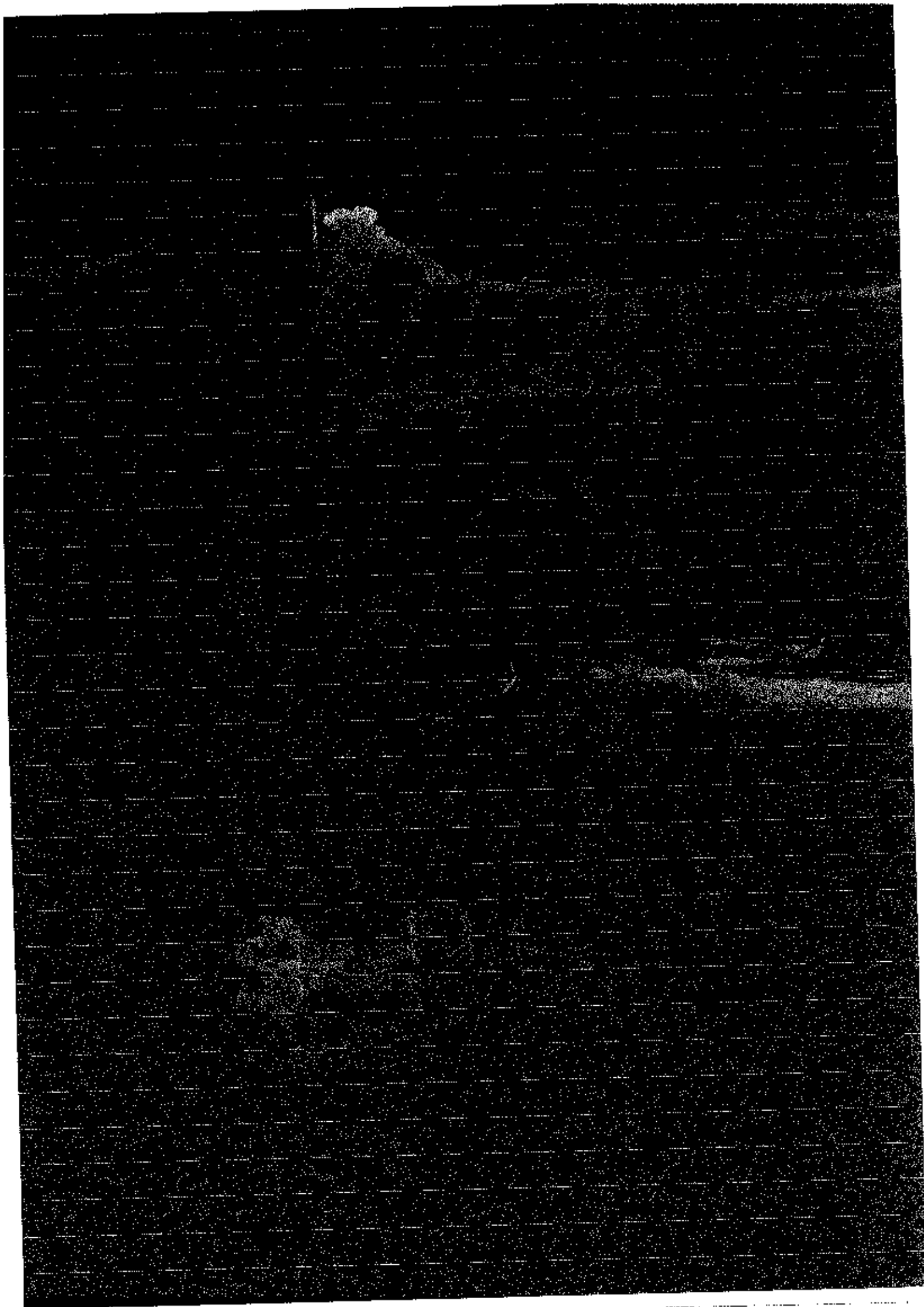
Data do Relatório: 01/02/2020 22:08

Profissional:

Relato da Cirurgia:

- 1- PACIENTE ANESTESIADO
- 2-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- 3- CAMPEAMENTO ESTÉRIL
- 4- REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR PARA CONTROLE DE DANO
- 5- CURATIVO ESTÉRIL







Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- DATA
16/02/2020

2- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

2- CNES
3515168

4- CNES
3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE
JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO
168860

7- CARTÃO NACIONAL SUS
706 0048 4659 8946

8- CPF
012188884-31

8- DATA DE NASCIMENTO
01/08/1983

9- SEXO
MASCULINO

10- RAÇA/COR
PARDA

11- NOME DA MÃE
MARIA JOSÉ DE ALMEIDA

12- NOME DO RESPONSÁVEL
A GENITORA

13- ENDEREÇO (RUA, Nº)
R SANTA CLARA 129

14- MUNICÍPIO
NATAL

15- BAIRRO
POTengi

16- UF
RN

17- CEP
59110590

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Paciente apresentando fratura
de platis tibial (D)

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Fratura deslocada

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)
R-X

23- DIAGNÓSTICO INICIAL
24- CID 10 PRINCIPAL
25- CID 10 SECUND.
26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO
() CNS () CPF

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

36- Nº DO BILHETE

37- SÉRIE

38- () AC. TRANSITO

39- () AC. TRABALHO TÍPICO

40- () AC. TRABALHO TRAJETO

41- CNPJ DA SEGURADORA

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- Cód. ORGAO EMISSOR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HRDML / SESAP
CONFERIR O ORIGINAL
Parnamirim-RN, 02/02/2020
Mat. 358821-8



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA
ORTOPEDIAREGULAÇÃO
WALFREDO GURGEL

OBS

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		188880
DATA	HORA	CATEGORIA
16/02/2020	11:38	GH
PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO	
JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA	01/08/1983	
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	
SOLTEIRO	FARMACEUTICO	
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
R SANTA CLARA 129		
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF
NATAL	POTENGI	RN
CEP	TELEFONE	
59110530		
LOCAL DE TRABALHO		
FILIAÇÃO		
MARIA JOSE DE ALMEIDA	WILSON FRANCISCO DA SILVA	
RESPONSÁVEL	TELEFONE	
A GENITORA	991074479	
ENDEREÇO		
012188884-31		

DIAGNOSTICO PROVISÓRIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

06/03/20

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente interno de acidente
doméstico, encaminhado do
HMWG com fratura de esterno
e costela de dorso
Dx: Fratura de peito lateral P.

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Paranaíba-RN. 07/10/2020
Mat. 198721-8

Dr. Kleidson Bastos
Ortopedista
CRM - 4421 / TEOT - 10560



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

AVA PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORT Nº 28

NOME: SOOS Paulo Almeida da Silva
IDADE: 03/03/83 COR: Verde SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro
NATURALIDADE: C. Grande PROFISSÃO: Farmacêutico PROCEDÊNCIA:
ENDEREÇO: Rua: São João, 129 BAIRRO: P. Kennedy
CIDADE: Natal DATA: 15-02-2020 HORA: 21:20hr

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

PLATO TIBIAL

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

HRDML / SESAP
CONFÉRCIO ORIGINAL
Parnamirim-RN, 07/05/2020
Mat. 13812-8

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário		
Nome <u>João Paulo Almeida</u>				Idade		Sexo	Cor	
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros		
Tipo sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia			
	Urina							
Ap. respiratório					Asma	Bronquite		
Ap. circulatório					Eletrocardiograma			
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário			
Estado mental			Ataraxicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores		
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico	Risco		
Anestésias anteriores								
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito			
Agente Anestésico								
Líquidos								
Oper. ☐ Anest. ☒ P Pulso ☒ O Resp.: ☐	260							
	250							
	240							
	230							
	220							
	210							
	200							
	190							
	180							
	170							
	160							
	150							
	140							
	130							
	120							
	110							
100								
90								
80								
70								
60								
50								
40								
30								
20								
10								
SÍMBOLOS								
E								
ANOTAÇÕES								
POSIÇÃO								
Agentes								
Técnica	<u>Provis (be loco) (curios)</u>							
Operação	<u>1. 15. 10. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.</u>							
Cirurgiões	<u>Leandro + Rosa</u>							
Anestesiata								
Observações								
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias								
Perda sanguínea								

Dr. Leonardo Barros
Diretor Clínico HRDML
CREMERN 4281
Matrícula: 194.270-0

HRDML / SESAP
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
Pamamirim-RN, 07/05/2012
Mat. 138/12

Dr. Leonardo Barros
Diretor Clínico HRDML
CREMERN 4281
Matrícula: 194.270-0

KAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

*Plato
+ 1342
Incl
com 6-7*

*Henato Costa
Otorrinolaringologista
CRM 7854 - RQE 2842*

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

FICOU NO LOCAL <i>Replicado</i> <i>HRDML / SESAP</i> <i>HEADO</i> RA _____ HS _____	☐ INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>07/10/2020</i>	☐ REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
---	--	--

TIROU-SE POR _____ TA ____/____/____ ITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA _____ HORA _____	A REVELIA ☐
FREGUE _____ À FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐	L.T.E.P. ☐

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

HRDML / SESAP
 CONFERIR C/ O ORIGINAL
 Parnamirim-RN, 07/10/2020
 Mat. 198121-8

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital: **HRDML**

Nome: **João Paulo Almeida**

Data: **18.02.20**

Tipo sanguíneo: **A**

Urina

Ap. respiratório

Slab

Ap. circulatório

Slab

Ap. digestivo

Slab

Estado mental

Slab

Diagnóstico pré-operatório

Slab

Anestésias anteriores

Medicação pré-anestésica

Aplicada às

Efeito

Agentes Anestésicos

Líquidos

ANOTAÇÕES

POSICÃO

Agentes

Técnicas

Operação

Cirurgias

Anestésistas

Dr. Carlos

Dr. Fernando

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Catão V. da Silva

Anestesiologista

CRM 4184 CPF: 027950097-15

HRDML / SESAP
CONFERIR C/O ORIGINAL
Pamplona, RN, 07/05/2020

Mat. 19879-8

S

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

Plumilha

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 162605 JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

Prontuário:

CNS: 706004846598946 Nascimento: 01/08/1983

Sexo: Masculino

Cor: SEM INFORMACAO

Mãe: MARIA JOSE DE ALMEIDA

Pai:

Endereço: RUA SIQUEIRA CAMPOS, 990 - POTENGI - NATAL

Fone: 32327500 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

CEP: 59108-400

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 4171 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

DOR NO JOELHO DIR APOS QUEDA DE MOTO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

O QUADRO CLÍNICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RAIO X DO JOELHO

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.9 FRATURA DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA*408050551. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTI

precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

FRATURA TIBIAL, FX;1

Condições importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☒ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

MARCONI MEDEIROS BRANDAO

Marcos de Brandão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3542 / RN

CRM: 3542 / RN

Data da Solicitação 01/02/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

() Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____

CBOR: _____

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização:

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

HRDML / SESAP

CONFERIR O ORIGINAL

Panamirim-RN, 01/02/2020

Mat. 3542-8



Nome do paciente

JOÃO PAULO ALMEIDA DA SILVA

10/02/2020

Data operação

DR. FERNANDO

Operador

Ent

Letto

1º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Urologista

Neurológico pré-operatório

FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

Imagem radiológica no ato

paciente durante a operação

1. PACIENTE EM DECUBITO BOMBAIS COM ANESTESIA

2. ASSEPSIA E ANTISSEPSE

Via de acesso - sítio de coleta - sítio de drenagem - sítio de sutura - material empregado - aspecto - vísceras

3. CAMPOS ESTÉREIS

4. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

5. CURATIVO + TALA CRUO-PODALICO

6. BOA PERFUSÃO DISTAL

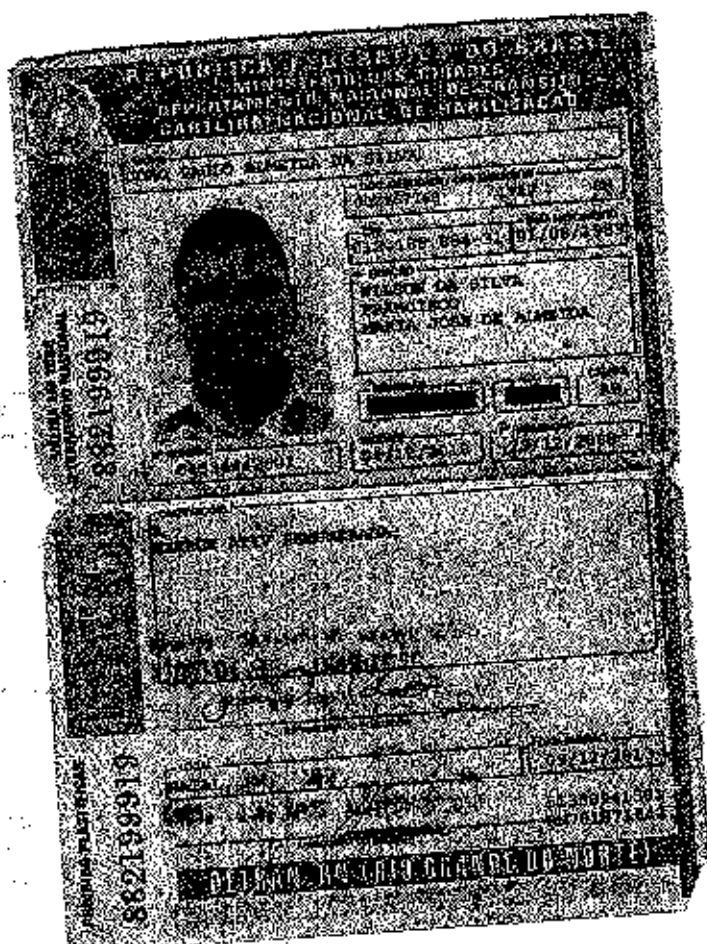
() CIRURGIAS MULTIPLAS	(0415010012)
() POLIPLAUMATIZADO	(0415030013)
() PROC. CLINICO	()
(+) PROC. CIRURGICO	(0415040014)
() CBO 225225	()
(+) CBO 225270	()
() DIAS	()
() CID	()

HRDML / SESAP

CONFERE C/O ORIGINAL

Panamirim-RN, 07/10/2020

Mat. 39812-8



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INDUSTRIA

DETAN - RN 12462 / 00442 Nº 015510713384

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DATA: 11/03/2020

PLACA: 012-189-884-33

CHASSI: 00371560010

MODELO: 2019

TIPO: 012-189-884-33

PLACA: 012-189-884-33

CHASSI: 00371560010

MODELO: 2019

TIPO: 012-189-884-33

PLACA: 012-189-884-33

CHASSI: 00371560010

MODELO: 2019

TIPO: 012-189-884-33

PLACA: 012-189-884-33

CHASSI: 00371560010

MODELO: 2019

TIPO: 012-189-884-33

PLACA: 012-189-884-33

CHASSI: 00371560010

MODELO: 2019

TIPO: 012-189-884-33

PLACA: 012-189-884-33

CHASSI: 00371560010

MODELO: 2019

TIPO: 012-189-884-33

PLACA: 012-189-884-33

CHASSI: 00371560010

MODELO: 2019

TIPO: 012-189-884-33

PLACA: 012-189-884-33

CHASSI: 00371560010

MODELO: 2019

TIPO: 012-189-884-33

PLACA: 012-189-884-33

CHASSI: 00371560010

MODELO: 2019

TIPO: 012-189-884-33

PLACA: 012-189-884-33

CHASSI: 00371560010

MODELO: 2019

DETAN - RN

CANTINA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU FURTO À CARÇA, À PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 015510713384 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA. www.seguradepvat.com.br SAC DPVAT 0800 012 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 17/03/2020

CPF CNPJ 012-189-884-33 NCA 9758

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

RENTAL/VEIC 00371560010

SEGUROADERA LÍDER - DPVAT

CHASSI 00371560010

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200189815 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA **Data do acidente:** 01/02/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO (PAG.02.04.06.07.14.16)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOÃO PAULO ALMEIDA DA SILVA, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO, Profissão: Mecânico, Data do Acidente: 01/02/2020
Cobertura: INVALIDEZ, portador(a) do RG DD2/67768, órgão expedidor
ITEP e do CPF: 012.188.884.31 residente no(a)
RUA SIQUEIRA CAMPOS nº 990
bairro: POTENCI, município: NATAL, RN.

OUTORGADO:

Nome: FRANCIELEIDE DA SILVA SARVOS, brasileiro(a)
estado civil: SOLTEIRA, Profissão: A. S. G, portador(a) do RG
DD2.653.518, órgão expedidor ITEP e do CPF: 072.298.234.90 residente
no(a) RUA SIQUEIRA CAMPOS nº 990
bairro: POTENCI, município: NATAL, 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.

Natal - 22/05/2020
Local e Data

x João Paulo Almeida da Silva
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147664/20

Vítima: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

CPF: 012.188.884-31

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/02/2020

Titular do CPF: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCIRLEIDE DA SILVA SANTOS : 072.278.234-90

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

JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA : 012.188.884-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/05/2020
Nome: FRANCIRLEIDE DA SILVA SANTOS
CPF: 072.278.234-90

FRANCIRLEIDE DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/05/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200189815

Vítima: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 01/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCIRLEIDE DA SILVA SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO PAULO ALMEIDA 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



Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200189815

Vítima: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 01/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCIRLEIDE DA SILVA SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO PAULO ALMEIDA 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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 00000145627-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

012.188.884-31

4 - Nome completo da vítima:

JOÃO PAULO ALMEIDA DA SILVA

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

5 - Nome completo:

JOÃO PAULO ALMEIDA DA SILVA

6 - CPF:

012.188.884-31

7 - Profissão:

Recusou

8 - Endereço:

RUA SILVÉRIA CAMPOS

9 - Número:

940

10 - Complemento:

CMSA

11 - Bairro:

POZEN GI

12 - Cidade:

NATAL

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59102-400

15 - E-mail:

032.9200 Passara Jda FALCIO MEDICINA - (84)98636.6612-98919-6800

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ 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/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

1456.27

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se 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 somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (na Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Natal, 20/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



6277 8014 6572 4155

IDAO PAULO ALMEIDA SILVA
2919 513 00145227-1 09/20

elo



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036778/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/05/2020 10:35 Data/Hora Fim: 21/05/2020 10:48
Delegado de Polícia: Alzira Velga de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos

Data/Hora do Fato: 01/02/2020 13:49

Local do Fato

Município: Natal (RN)
Bairro: Cidade da Esperança
Logradouro: Avenida Rio Grande do Norte

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nascimento: 01/08/1983 Idade: 36 anos
Naturalidade: PB - Campina Profissão: Balconista
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: MARIA JOSE DE ALMEIDA Nome do Pai: WILSON DA SILVA FRANCISCO

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 012.188.884-31
RG - Carteira de Identidade: 002167768

Endereço

Município: Natal - RN
Logradouro: R Siqueira Campos Nº: 990
Bairro: Potengi CEP: 59.108-400
Telefone: (84) 98636-8812 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade:

Endereço

Município: Natal - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição Honda BIZ de cor cinza (não identificada)	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Alzira Velga de Medeiros
Impresso por: Raymond Rauldy de Costa Cabral
Data de Impressão: 21/05/2020 10:49
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036778/2020

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 012.188.884-31

Renavam 00371545013

Número do Chassi 9C2KC1670BR632010

Cor PRETA

Município Veículo Natal

Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 30/08/2016

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NOA9758

Número do Motor KC16E7B632010

Ano/Modelo Fabricação 2011/2011

UF Veículo Rio Grande do Norte

Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

JOÃO PAULO ALMEIDA DA SILVA

Envolvimentos

Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Para fins do Seguro DPVAT, o comunicante compareceu nesta unidade policial, para informar que na data, horário e local supra, estava conduzindo a motocicleta relacionada, ocasião na qual se envolveu em uma colisão MOTO X MOTO. Que lesionado após o acidente, foi socorrido pelo SAMU para o Pronto Socorro Clóvis Sarrinho, conforme documentação anexa. Afirma não ter informação acerca do condutor do outro veículo envolvido. Nada mais informou.

ASSINATURAS

Raymond Rausly da Costa Cabral

Agente de Polícia

Matrícula 157374-8

Responsável pelo Atendimento

JOÃO PAULO ALMEIDA DA SILVA

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei original, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 012.188.884-31 4 - Nome completo da vítima: JOÃO PAULO ALMEIDA DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOÃO PAULO ALMEIDA DA SILVA 6 - CPF: 012.188.884-31
7 - Profissão: RECEPTOR 8 - Endereço: Rua Silveira Campos 9 - Número: 940 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JARDIM GUARAPARUÁ 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59102-400
15 - E-mail: OB35.GUARAPARUA@GMAIL.COM 16 - Tel (DDD): (84) 98636-6619-48919-6800

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

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2010 CONTA: 145627

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada; será a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separamento judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição; estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 NATAL



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 01/02/2020, aproximadamente às 13h49min, na Avenida Rio Grande do Norte, Cidade da Esperança, nesta Cidade. Onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 18 de maio de 2020.

CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO
Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal
Matrícula 12.468-1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 307450/1

Data: 01/02/2020

CRANAS/1

TARM: RAYSSA MAYARA MOTA DE SOUZA

Médico Regulação: ROGERIO OSCAR FERNANDES

Rádio Operador: VALTEMBERGUE MENESES DE SOUZA

Médico Cena: ROGERIO OSCAR FERNANDES

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 07 (BASE DESCENTRALIZADA SÃO JOÃO)

Equipe VTR: MARIO DIEGO DA SILVA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
MAÍRY BARROS DE BRITO TEIXEIRA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solidante: FABIANO

Telefone: (84) 98817-6683

Nome do Paciente:

JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

Idade: *

36 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8267436 Longitude: -35.2380527

Endereço: AVENIDA RIO GRANDE DO NORTE

Nº: VP

Bairro: CIDADE DA ESPERANÇA

Outro Bairro:

Referência/Complemento: PROX AO REDE MAIS // PROX A FABRICA DE SALGADOS ESPERANÇA //

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISÃO MOTO X MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

01/02/2020 13:52:06 - Dr(a). ROGERIO OSCAR FERNANDES

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: DUAS VITIMAS, UMA VITIMA CONSCIENTE E DESORIENTADO, AMBAS RESPIRAM BEM, SEM SANGRAMENTO.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HISTÓRICO DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
01/02/2020	01/02/2020	01/02/2020	01/02/2020	01/02/2020
13:49:53	13:52:06	13:58:45	13:58:47	14:13:54
Saída Local:	Chegada Destino:	Liberação Destino:	Liberação VTR:	
01/02/2020	01/02/2020	01/02/2020	01/02/2020	
14:36:34	18:11:41	18:15:10	18:15:11	

Observação do Apoio:

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

Sim : Não : Não Informado

CONDIÇÃO

Remoção

Conduta Equipe de Enfermagem:

01/02/2020 14:33:50 - COMUNICADOR

tam gerlania; informou chegada do pct com dr. wener no politrauma.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WOLFRED GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE -

N. ligação ao serv. prop.:

F:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

v

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

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: 09/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000145627-1

Nr. da Autenticação 8FB85D039D9DD2D5

Imprimir Segunda Via de Conta

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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



COSERN

www.cosern.com.br

Tarifa Soc

-Atendimento:

Agência Reguladora
ARSEP: 080-
Ag:

DADOS DO CLIENTE

JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA
CPF: 012.188.884-31

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SIQUEIRA CAMPOS 999

POTENCI/ÁREA URBANA
59108-400 NATAL 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

25/05/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

82,71

DATA EMI

DATA

NÚMERO

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENC

Mor

RESERVADO AO FISCO

D21B.5596.1519.639

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	107,00	0,33236752	35,56
Consumo Ativo(kWh)-TE	107,00	0,32742103	35,03
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,11
Multa por atraso-NF 039285104 - 17/03/20			2,06
Juros por atraso-NF 039285104 - 17/03/20			0,92
Atualização IGPM-NF 039285104 - 17/03/20			1,03

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS

Vencto

27/04/20

Esta comunicação NÃO constitui
dóculos em discussão judi-
cial do faturamento, poderá ser
cobrança conforme os crité-
rios de cobrança, bem como inclu-

Tarifas Aplicam

Consumo Ativo(kWh)-TUSD
Consumo Ativo(kWh)-TE

Imprimir Segunda Via de Conta

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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



COSERN

www.cosern.com.br

Tarifa Soc

-Atendimento:

Agência Reguladora
ARSEP: 080-
Ag:

DADOS DO CLIENTE

JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA
CPF: 012.188.884-31

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SIQUEIRA CAMPOS 999

POTENCI/ÁREA URBANA
59108-400 NATAL 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

25/05/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

82,71

DATA EMI

DATA

NÚMERO

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENC

Mor

RESERVADO AO FISCO

D21B.5596.1519.639

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	107,00	0,33236752	35,56
Consumo Ativo(kWh)-TE	107,00	0,32742103	35,03
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,11
Multa por atraso-NF 039285104 - 17/03/20			2,06
Juros por atraso-NF 039285104 - 17/03/20			0,92
Atualização IGPM-NF 039285104 - 17/03/20			1,03

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS

Vencto

27/04/20

Esta comunicação NÃO exclui
débitos em discussão judi-
cial do faturamento, poderá ser
cobrada conforme os crité-
rios de cobrança, bem como inclu-

Tarifas Aplicam

Consumo Ativo(kWh)-TUSD

Consumo Ativo(kWh)-TE

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 93 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<https://www2.susep.gov.br/918LIBOTECWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu FRANCIELLE DA SILVA SANTOS
inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.238.234, 90 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
JOÃO PAULO ALMEIDA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.188.884 31
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima JOÃO PAULO ALMEIDA DA SILVA
inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.188.884, 31, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Silveira Campos</u>	Número: <u>990</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>POTENGI</u>	Cidade: <u>NATAL</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59108-400</u>	Tel. (DDD): _____

Local e Data: NATAL - 22/05/2020

x Francielle da Silva Santos
Assinatura do Declarante