

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

01/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05883-1

CONTA: 000000006446-7

Nr. Autenticação

BRDESCO0107201905000000000023705883000000006446168750 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190383115 **Cidade:** Várzea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PAULO VERISSIMO DE LIMA **Data do acidente:** 11/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
TEIXEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PUNHO ESQUERDO (REDUÇÃO INCRUENTA) COM FIXAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS. P5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190383115

Vítima: JOAO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA

Data do Acidente: 11/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 dos punhos
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 VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005883-1

Conta: 000006446-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190383115 **Cidade:** Várzea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PAULO VERISSIMO DE LIMA **Data do acidente:** 11/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
TEIXEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PUNHO ESQUERDO (REDUÇÃO INCRUENTA) COM FIXAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS. P5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA: Paulo Nazareno do T. Gonçalves
 DATA DO ACIDENTE: 11-02-2018 CPF DA VÍTIMA: 309390424-55
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO: Hollieron Quirino da Silva
 QUALIFICAÇÃO PORTADOR: () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM A VÍTIMA É Secundário
 ENDEREÇO DO PORTADOR: Rua Bordinas, N.º 11
 Nº 994 COMPLEMENTO: Bairro Bola Vermelha
 CIDADE: Porto Alegre UF: RS CEP: 91126-75
 E-MAIL: port@arua.com.br TELEFONE: (81) 99134-3008

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • MORTE = R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS).

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 032 1204

PORTADORA DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA: 11/06/2019

IDENTIDADE: 002.532.132

ASSINATURA: Hollieron Quirino da Silva

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA: 11/06/2019

NOME: Alina Yllana

ASSINATURA: Alina Yllana

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 003.532.132 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/12/2013

NOME HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA

AFILIAÇÃO ALUIZIO QUIRINO DA SILVA
ROSENI SOARES DA SILVA

NATURALIDADE PARNAMIRIM RN DATA DE NASCIMENTO 08/11/2000

DOC ORIGINAL CERT. DE NASCIMENTO L-8-73 F-152 RG-37692
PARNAMIRIM RN-2 CARTÓRIO

CPF 707.285.364-20

1a. VIA

Uisses Bezerra Filho
COORDENADOR DA CGLD

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

ARUANA SECRETARIA ADJUNTA
17 JUN 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POB E CAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA

707.285.364-20

08/11/2000

PARNAMIRIM RN

003.532.132

28/12/2013

1a. VIA

Uisses Bezerra Filho
COORDENADOR DA CGLD

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PRIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE PESSOA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO - II



POLEGAR DIREITO



João Paulo Veríssimo de Lima T. de Veríssimo

ADMINISTRADOR DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL 003.482.359

DATA DE EMISSÃO 05/10/2018

JOÃO PAULO VERÍSSIMO DE LIMA T. DE VERÍSSIMO

CRISTIANO TEIXEIRA DE MORAES

ROBILIM VERÍSSIMO DE LIMA

NOME

DATA DE NASCIMENTO 21/09/2000

LOCAL DE NASCIMENTO SANTO ANTONIO - BA

CPF 705.398.424-55

RG 105689

2a. VIA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE PESSOA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO - II

GUANA SEGURODORA

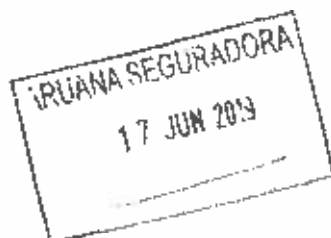
17 JUN 2019

SECTION GENERAL TIP

CÓDIGO DE CONTROLE
7969.B334.6D\$2.F765

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 08/01/08 às 20:02/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

Idade 17 anos e 6 meses altura 1,60 m peso 58 kg

CARTERA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
705.390.424-65

Nome
JOAO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA

Nascimento
21/09/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

TIPO DE ATENDIMENTO: Urgência/Emergência AmbulatorialOPERADOR: João Maria SITUACÃO DO PACIENTE: Residência Transferido Internado Óbito**BOLETIM DE ATENDIMENTO N.º 46592 - N.º DO PACIENTE: 27211**

NOME: JOAO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA CNS: 700 3049 0310 8335 IDADE: 17a 4m 25d

SEXO: Masculino COR: Branca ESTADO CIVIL: Solteiro(a)DATA DE NASCIMENTO: 21/09/2000 NACIONALIDADE: Brasileiro(a) PROFISSÃO: ESTUDANTEENDEREÇO (Rua, Avenida, Sítio, ...): SÍTIO LAGES NÚMERO: S/NCOMPLEMENTO: CASA BAIRRO: ZONA RURALESTADO: RN MUNICÍPIO: Santo AntônioHORA-DATA DO ATENDIMENTO: 11:54-11/02/2018 TELEFONE: CELULAR: (84) 99626-1039PAI: CRISTOVAO TEIXEIRA DO NASCIMENTOMÃE: ROSILDA VERISSIMO DE LIMA**CONDIÇÕES DO PACIENTE A SER ATENDIDO**☐ POLITRAUMATIZADO
☐ APARENTEMENTE BEM☐ COM DISPNEIA
☐ REGULAR☐ AGITADO
☐ EM CONVULSÃO☐ COMATOSO

OUTROS:

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - DNC☐ DIARREIA ☐ MENINGITE ☐ RUBÉOLA ☐ HEPATITES VIRAIS ☐ PARALISIA FLÁCIDA ☐ TUBERCULOSE
☐ VÍTIMA DE VIOLÊNCIA ☐ PICADA DE ANIMAIS PEÇONHENTOS?

LEISHMANIOSE Tegumentar ou Visceral?

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO? ☐ SIM ☐ NÃO

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) E INÍCIO DOS SINTOMAS - EXAME FÍSICO - LESÕES OU AFEÇÕES ENCONTRADAS:

*Prisão de pulso queda de membro
esquerdo e emparelhado. Apresenta dor
e deformidade no MSE.*

CONDUTA:

*São Paulo Weyler 0,5ml 1000mg/12
- Voltar em
- smagizolam
- 80 mg/24h
- 100 mg/24h
- 100 mg/24h*

Dra. Jéssica Maria Gomes
PediatraPA: 80 x 60 mmHg PULSO: bpm RESPIRAÇÃO: rpm TEMPERATURA: °C PESO: kg**PROCEDIMENTOS REALIZADOS:**☒ CONSULTA ☒ MEDICAÇÃO ☒ OBSERVAÇÃO ☐ PEQUENA CIRURGIA ☐ NEBULIZAÇÃO ☐ HEMÁCIAS ☐ CORPO DE DELITO

*Obs. Semelhante sem RANOS e sem TETRAZOLAM
P. RANOS*

Dra. Jéssica Maria Gomes
Pediatra

RUANA SEGURADORA

17 JUN 2018

*PA: 120x70 às 12:45h
46x: 113mg/dl a 12:10h*

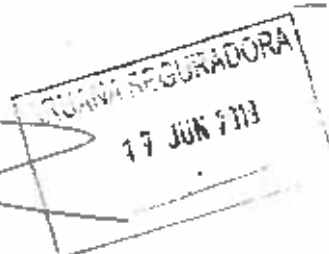
Secretaria de Saúde Pública - RN

HRLGV

Hospital Regional
Lindolfo Gomes Vidal

LAUDO MÉDICO
RECEITUÁRIO

Ao EXAME MÉDICO, O
PACIENTE JOÃO PAULO
VENÍSSIMO DE LIMA T.
DO NASCIMENTO, 18 ANOS
APRESENTA DOR E DIMINUI-
ÇÃO DE AMPLITUDE DOS MO-
VIMENTOS DO PUNHO DE-
VIDO À DOR. (PUNHO ES-
QUENDO).



30/05/19

Exatidão Faturadora de Medicamentos
Médico
CREMERN 1679
CPF 666.666.666

NS 700304905708335 40018 RTOP



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 27

NOME: João Paulo Vaz de Lima Teixeira
IDADE: 32 anos COR: branco SEXO: M ESTADO CIVIL: solteiro
NATURALIDADE: Sto Antonio PROFISSÃO: Estudante PROCEDÊNCIA:
ENDEREÇO: R. Lajes BAIRRO: Centro
CIDADE: Lajes DATA: 05/03/18 HORA: 22:28

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

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

uma queda
1981071

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL
[assinatura]

CONFERE COM ORIGINAL
Sócio

IRUANA REGISTRADORA
17 JUN 2018

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

f2 trauma P2

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

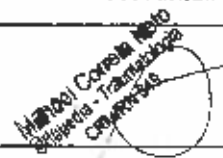
☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

- 1º encontro P2

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>ORTOPEDIA</u>	☐ REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA _____ HORA _____	A REVELIA ☐ ENTREGUE À FAMÍLIA ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐
 Médico (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



Hospital

Nome do paciente		1º produtor	
Paulo V. Leão Teixeira			
Data operação	08/03/18	1º Enf.	Laço
Operador	Pedro Silva	1º auxiliar	Luís Gomes
2º auxiliar		3º auxiliar	Instrumentador
Anestesista	Almeida	Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório			
Fract. fratura E			
Tipo de operação			
Alumínio Curioso + fratura			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato da patologia			
Exame radiológico em ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligadura - drenagem - sutura - material empregado - escoreto - víceras

Fratura - em tumbido lateral
 do antebraço bloco
 1. Assagem fratura
 2. Alinhamento + antiseptismo
 3. Alinhamento de curvas
 4. Um se de novo foi montado
 pontos e
 Alinhamento + fratura com 1. Alinhamento
 2. pontos e
 fratura por 1. Alinhamento
 Alinhamento
 T. de fratura

Márcio Costa Neto
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 100000

198 102 1
 RUANA SEBASTIÃO

17 JUN 2018

Serviço de Anestesiologia e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria		Leito		Nº prontuário	
Nome <i>João Paulo Verissimo</i>				Idade		Sexo		Cor	
Data <i>18.02.12</i>	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso		Outros		
Tipo sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia				
	Urina								
Sistema circulatório					Asma		Dronquite		
Sistema digestivo					Dentes		Pseudo		Ap. urinário
Estado mental			Antecedentes		Corticóides		Alergia		Hipotencões
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico		Risco		
Anestésias anteriores									
Anestesia pré-operatória				Aplicada ou		Não			

Líquidos										
	<i>manipulação com a máquina</i>									
Oper	260									
	250									
Anest.	240									
	230									
Pulse	220									
	210									
Respi.	200									
	190									
Pulse	180									
	170									
Respi.	160									
	150									
Pulse	140									
	130									
Respi.	120									
	110									
Pulse	100									
	90									
Respi.	80									
	70									
Pulse	60									
	50									
Respi.	40									
	30									
Pulse	20									
	10									

SARFOLDS	<i>em Rotação com Soro fisiológico</i>									
ANOTAÇÕES										
POSIÇÃO	<i>em Jol Anest.</i>									
Agentes	<i>Propofol + morfina + Soro fisiológico + T. Anest.</i>									
Técnica	<i>de P. 1 / 2 ml</i>									
Operação	<i>no S. de 10 ml</i>									
Cirurgiões	<i>Dr. [Assinatura]</i>									
Anestésistas	<i>[Assinatura]</i>									



HOSPITAL REGIONAL DE CLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: João Paulo Verissimo Idade: 17 D/N: 21/09/2000
Pront.: 150975 Municipal: S. Antônio Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 08/09/13 Hora Admissão: 09h Sala: 01 Hora Saída: 12h Peso: 60
Alergias: ☒ Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras
Uso de medicações: ☒ Não () Sim Jejum: () Não ☒ Sim
SSVV Admissão: PA: 110/70 mmHg Pulso: 72 bpm Fi: 21 rpm FC: 72 bpm SpO₂: 98 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): Luciana Instrumentado (a): Sayonara Circulante: Pollina

Cirurgia: Redução Inguinal + Fixação Especialidade: Urologia Sala: 01
Hora Início: 10:55 Hora Término: 12:30 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. Pedro Aux.: Dr. Neto Residente: ---

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: ABloqueio () Raquidiana Ag.nº --- () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.nº --- Cateter nº: --- Início: 10:55 Garrote: ☒ Smarch () Pneumático Início: 10:55 Término: 12:30
Anestesiologista: Dr. Leonardo

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
☒ Consciente	☒ Normocorada	☒ Normotenso	☒ Jato MSB	☒ ECG
☐ Letárgico	☐ Hipocorada	☐ Hipotensão	☐ Acesso V. Central	☒ Oximetria
☐ Coma	☐ Cianótica	☐ Hipertensão	☐ Cat. Dialise	☐ Capnógrafo
☒ Orientado	☐ Ictérica	☐ Hipertensão	☐ Fístula	☒ PA
☐ Desorientado	☐ Desidratada	☒ Normocárdico	☐ Arteriovenosa	☐ Estimul. Nervo
☐ Sedado	☒ Inteira	☐ Bradicardia	☐ SNG	☐ Diprifusor
☐ Ansioso	☐ C/lesões	☐ Taquicardia	☐ SVD	☐ BIC
☒ Deambula	☐ Sudorese	☐ Choque	☐ Colostomia	☐ Desfibrilador
☐ 1/dificuldade	☐ Cicatriz cirúrgica	☐ Normoesfígmico	☐ Cistostomia	
☐ Acamado	☐ Higiene Satisfatória	☒ Eupnéia	☐ Dreno:	
☐ Paraplégico	☒ Higiene deficiente	☐ Dispneia	☐ Aparelho gessado	
☐ Tetraplégico	☒ Manchas	☐ Dispositivo O ₂	☒ Tração	
☐ Amputações	☐ S/Tricotomia		☐ Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>72</u>			Bpm
Pulso	<u>72</u>			Bpm
Oximetria	<u>98</u>			%
Capnografia				%
PA	<u>110/70</u>			mmHg

ACESSO VENOSO
☒ Punção Arterial
☒ Punção Venosa Periférica
☒ Punção Venosa Central
☒ Dissecção venosa
Local: <u>---</u>
Cateter: <u>---</u>

SONDAGEM GÁSTRICA
☒ SNG nº <u>---</u>
Retorno: <u>---</u>
CATERISMO VESICAL
☒ SVE nº <u>---</u> ☒ SVA nº <u>---</u>
Diurese: <u>---</u>
Profissional responsável: <u>---</u>

EXAMES SOLICITADOS:	
☐ Hemograma	☐ Gasometria
☐ Coagulograma	☐ Outros
☐ Tipagem Sanguínea	☐ Glicosimetria
☒ Radioscopia (Pelo X)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
☒ Dorsal	☐ Cabeça	☐ Anatômicos
☐ Ventral	☐ Pescoço	☒ Abduzidos
☐ Lateral	☐ Tórax	☐ Fletidos
☐ Litotômica	☐ Lombar	☐ MMII
☐ Trendelenburg		☒ Anatômicos
☐ Canivete		☐ Abduzidos
☐ Proclive		☐ Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
() Sim ☒ Não () Metal () Descartável	
Local: <u>---</u>	
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
☒ Sim () Não	() Sim ☒ Não
Local: <u>MSB</u>	Solução: <u>Alc. Bet</u> Local: <u>---</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u>---</u>
Tela: <u>---</u>
Cateter: <u>---</u>
Ostomia: <u>---</u>
Fio de KC: <u>---</u>
Placa - tipo: <u>Placa em "T"</u>
Outros: <u>---</u>

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: Gr. 1 - 1/2 + 3/5 Quant. Material: OK
Val.: 1400 Contagem de gaze e compressa: ☒ Não () Sim



HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

MEMOTRANSFUSÃO:

() Hemocentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Antibiótico de 1ª linha
h: _____ h: _____
h: _____ h: _____
h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml (X) Soro Ringer Simples: 1000 ml Quantidade total de volume
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml administrado: 1000

ANATOMO PATOLÓGICO

X Não () Sim Peça: _____ Peça para sepultamento: (X) Não () Sim
Swab para cultura: _____ Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () Limpo () exsudato () Contaminada () Aparelho gessado (X) Bandagens (X) Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS: procedimento realizado em caráter emergencial

Ass: Fernando Coren: _____

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (X) Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel (X) O₂ ambiente Curativo: (X) Oclusivo () Compressivo () Bolsa de
colostomia () Outro: _____
Diur. re: () Espontânea (X) Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: SRPA

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 11:40 Data: 08/03/10 Nível de consciência: (X) Acordado (X) Sonolento () Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal (X) Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: AVP Local: MSE Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC

Relate:

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		<u>92</u>			<u>100%</u>	
30'		<u>95</u>			<u>100%</u>	
60'		<u>90</u>			<u>100%</u>	
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado:	_____ ml
Soro Fisiológico:	_____ ml
Ringer:	_____ ml
Irrigação vesical contínua:	_____ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

Examinado pl. ortopédico T.

Ass: Fernando

Coren: 455542

**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

JOAO PAULO VERISSIMO DE LIMATEIXEIRA

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO

150875

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

700 3049 0310 8335

8- DATA DE NASCIMENTO

21/09/2000

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

ROSILDA VERISSIMO DE LIMA

12- TELEFONE DE CONTATO

996418725

13- NOME DO RESPONSÁVEL

O GENITOR

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA -AFRISIO SILVA Nº 15

16- MUNICÍPIO

SANTO ANTONIO

17- BAIRRO

SANTO ANTONIO

18- UF

RN

19- CEP

59255000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

uma contusão

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

MT Causa

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

S A

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

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)

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)36- ☐ AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- ☐ AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- ☐ ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURADO**Autorização**

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGAO EMISSOR

48- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49- DOCUMENTO

50- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

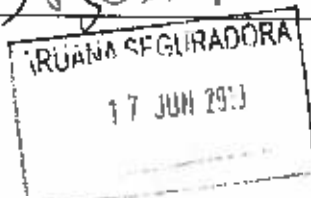
☐ CNS ☐ CPF

52- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

COPIA ORIGINAL

1986071





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA
ORTOPÉDIA

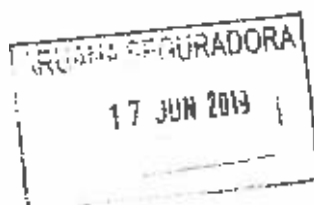
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		150875	
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH
05/03/2018	12:58		
PACIENTE			DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PAULO VERÍSSIMO DE LIMATEIXEIRA			21/08/2000
ESTADO CIVIL		PROFISSÃO	
SOLTEIRO		ESTUDANTE	
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
RUA -AFRISIO SILVA Nº 15			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP
SANTO ANTONIO	SANTO ANTONIO	RN	59255000
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE
FILIAÇÃO		CRISTOVÃO TEIXEIRA DO NASCIMENTO	
ROSILDA VERÍSSIMO DE LIMA			
RESPONSÁVEL			TELEFONE
O GENITOR			996418725
ENDEREÇO			
O MESMO			
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO			
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

CONFERE ORIGINAL
20/06/2018

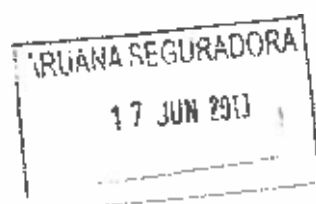
ODS:

Pegar autorizações na
Secretaria de Saúde de S. Antônio

HOSPITAL MEMÓRIA

3133-4201

=





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Ana de Pontes, 136 – Centro – Santo Antônio/RN
C.N.P.J - 08.144.800/0001-98
Fone: 3282-2427

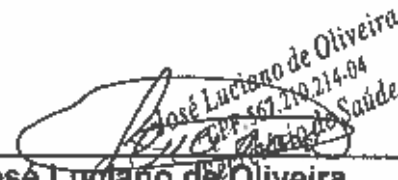
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR – AIH

AIH Nº 025/2018

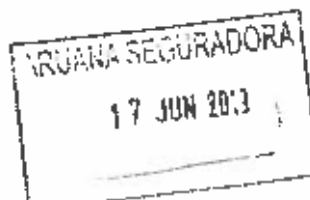
Autorizamos o Estabelecimento de Saúde **Hospital Memorial** a realizar os Procedimentos Cirúrgicos em **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO (0408020407)**, **TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPECIFICADA (0308010019)**, no (a) paciente **JOÃO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA**, RG: 003.482.359, CPF: 705.390.424-55, residente no Sítio Lages – Zona Rural – Santo Antônio/RN. Conforme Programação Pactuada Integrada (PPI), uma vez que não dispomos deste serviço em nossa Rede Municipal.

Assim sendo, solicitamos que seja transferida em favor da unidade acima citada, a autorização da devida internação hospitalar.

Santo Antônio/RN, 19 de fevereiro de 2018



José Luciano de Oliveira
CPF: 567.210.214-04
Secretário Municipal de Saúde





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Ana de Pontes, 136 - Centro - Santo Antônio/RN
C.N.P.J - 08.144.800/0001-98
Fone: 3282-2427

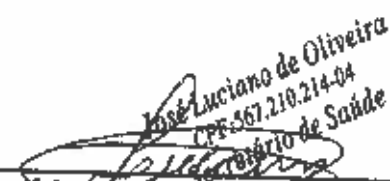
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

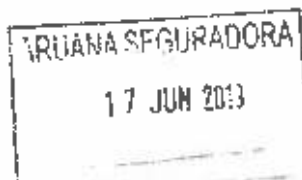
AIH Nº 025/2018

Autorizamos o Estabelecimento de Saúde Hospital Memorial a realizar os Procedimentos Cirúrgicos em **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO (0408020407)**, **TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPECIFICADA (0308010019)**, no (a) paciente **JOÃO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA**, RG: 003.482.359, CPF: 705.390.424-55, residente no Sítio Lages - Zona Rural - Santo Antônio/RN. Conforme Programação Pactuada Integrada (PPI), uma vez que não dispomos deste serviço em nossa Rede Municipal.

Assim sendo, solicitamos que seja transferida em favor da unidade acima citada, a autorização da devida internação hospitalar.

Santo Antônio/RN, 19 de fevereiro de 2018


José Luciano de Oliveira
CPF: 567.210.214-04
Secretário Municipal de Saúde





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Ana de Pontes, 136 – Centro – Santo Antônio/RN
C.N.P.J - 08.144.800/0001-98
Fone: 3282-2427

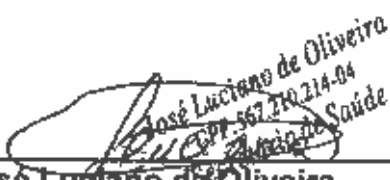
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR – AIH

AIH Nº 025/2018

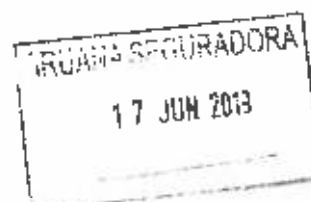
Autorizamos o Estabelecimento de Saúde **Hospital Memorial** a realizar os Procedimentos Cirúrgicos em **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO (0408020407)**, **TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA (0308010019)**, no (a) paciente **JOÃO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA**, RG: 003.482.359, CPF: 705.390.424-55, residente no Sítio Lages – Zona Rural – Santo Antônio/RN. Conforme Programação Pactuada Integrada (PPI), uma vez que não dispomos deste serviço em nossa Rede Municipal.

Assim sendo, solicitamos que seja transferida em favor da unidade acima citada, a autorização da devida internação hospitalar.

Santo Antônio/RN, 19 de fevereiro de 2018



José Luciano de Oliveira
CPF: 567.210.214-04
Secretário Municipal de Saúde



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

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

RECEITUÁRIO

NOME _____

MATRÍCULA _____

*5º feira**Autópsia**Dr. Heio Ribeiro**(Funcionário)**Ca*

Dr Hermann Gomes
Cirurgião do Quadril
Reconstrução de Pelve
CRM: 4843 - TEO: 88P

DATA 1 1 _____

MÉDICO - CRM

**FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA,
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU É NOSSO.**

ARLIANA SEGURODORA

17 JUN 2013



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários,

que o (a) Sr. (a)

João Paulo V. de Lima F. de foi examinado

Nascimento

(a) nesta Unidade de Saúde às 10 horas,

Necessitando de 60 (sessenta) dias de

afastamento do trabalho por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com

nº 5525, a partir da presente data.

Marcelo Roberto
TEOT 6433 / 6434 - 622
Médico / CRM

Pamamirim / RN

05, 3, 18

RUANA CORRÊA NORA
17 JUN 2013

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190383115

Vítima: JOAO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA

Data do Acidente: 11/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA

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

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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: 08

Eu, Maria do Socorro de Lima

RG nº 617.656

data de expedição 18/09/17

Órgão SESPDS-RN

portador do CPF nº 047-191-064-39

com domicílio na cidade de Santo Antonio

no Estado

Rio grande do Norte

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

S. L. Lopes

nº 51W

complemento Zona Rural

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo acima

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

João Paulo Veríssimo de Lima Teixeira do Nascimento cujo o condutor é

Veículo: moto

Modelo: Honda / pop 400

Ano: 2011/2012

Placa: NOC-7030

Chassi: 9C2H30210CR428203

Data do Acidente: 11/02/2018

Local e Data:

Santo Antonio

16-05-2019

Maria do Socorro de Lima

Assinatura do Declarante

João Paulo Veríssimo de Lima Teixeira do Nascimento

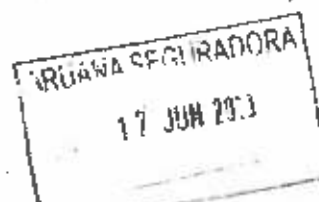
Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º OUTIO DE NOTAS
Avenida Landolfo Gomes Vidal, 263 - Centro, 59253-000, Santo Antonio/RN

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: Maria do Socorro de Lima e João Paulo Veríssimo de Lima Teixeira do Nascimento, Dou fé St. Antônio, 16 de maio de 2019.

Assinatura do Testemunho da verdade.
Ada Carla Rocha Nascimento, Tarevante Autorizada





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE SANTO ANTÔNIO/RN
Rua Prof. José de Anchieta Lopes, 07(RN 003)- SANTO ANTÔNIO/RN - 3282-4927

BOLETIM DE Ocorrência n.º 213/2019

NATUREZA DA Ocorrência : ACIDENTE DE VEÍCULO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

Local: RN 003 na entrada da cidade de Várzea-RN

Data e Horário: 11/02/2018, aproximadamente às 11:54h

Nome do(a) Comunicante(X) e/ou Vítima(X):

COMUNICANTE: JOÃO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEXEIRA DSE NASCIMENTO, brasileiro, natural de Santo Antônio-RN, solteiro, filho de Cristovão Teixeira do Nascimento e Rosilda Veríssimo de Lima Francisco de Lima, nascido em 21/09/2000, estudante, portador da RG nº 003.482.359 SSP-/RN, CPF nº 705.390.424-55/MF, residente na zona rural Sítio Lages 55, Santo Antônio-RN.
Tel.: 84 998424319

ACUSADO: XXXXXX

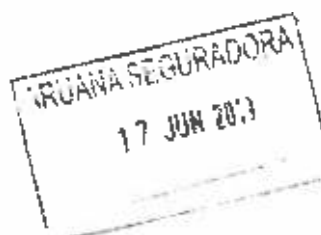
HISTÓRICO DA Ocorrência

Disse O (A) COMUNICANTE/vítima, que na data, local e horário mencionado acima estava conduzindo uma motocicleta HONDA POP 100, de cor PRETA, placa NOG 7030, chassi 9C2HB0210CB428203 de propriedade de MARIA DO SOCORRO DE LIMA e sob RENAVAM 00407428433; que perdeu o controle da motocicleta. Que caiu na lateral da RN e em seguida foi socorrido por uma pessoa de nome Ricardo, até o Hospital REGIONAL LINDOLFO GOMES VIDAL, QUE segue em anexo cópias do Boletim de Atendimento nº 46592. QUE o paciente sofreu fraturas no braço esquerdo. NADA MAIS DISSE

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Registro do B.O para fins de seguro DPVAT

Todo conteúdo é de responsabilidade do comunicante/vítima.

<i>João Paulo Verissimo de Lima Teixeira</i> Assinatura do(a) Comunicante/Vítima	Data: 11/03/2019 - às 16:00h. <i>[Assinatura]</i> APC. SANDRO NEGREIROS Mat. 165.167-6
---	---



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

NR do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 705.390.424-55 Nome completo da vítima: JOÃO PAULO VERÍSSIMO DE LIMA TEIXEIRA MARTINS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS É FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO): CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: João Paulo Veríssimo de Lima Teixeira do Nascimento CPF: 705.390.424-55
Profissão: Estudante Endereço: Silvia Lopes Número: 51W Complemento: Zona Rural
Bairro: CENRO Cidade: Santo Antônio Estado: RN CEP: 59255-000
e-mail: _____ Tel. (DDD): 84-99806-1091

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA) (84) 99134-3008

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
☐ 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: BRADESCO
AGÊNCIA: 5883 CONTA: 0008446 7
(Informar o dígito se existir) (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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Se Parentesco com a vítima: ☐ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Se teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Falecidos: _____
O cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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.

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
Local e Data: NATAL, 27-06-2019
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina o RGO
João Paulo Veríssimo de Lima Teixeira do Nascimento
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Hallison Quintino Soares da Silva
Assinatura do Procurador (se houver)
Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, antes de assinar a última página do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de João Paulo Veríssimo de Lima Teixeira do Nascimento. Dia 02 de maio de 2019.

Assinatura Autorizada

Ana Carla Rocha Nascimento



RXN - Bradesco Dia e Noite
Deposito Conta Corrente

Data: 30/05/2019 Term: 050893 Hora: 15:39
N.Trans: 967

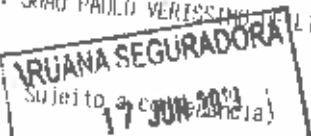
Favorecido: Valor: 20,00

Banco: 237

Agencia: 5883 / SANTO ANTONIO

Conta: 0006446-7

Titular: JRAO PAULO VERTISSIMO LIMA T



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

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

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

Ata Bradesco

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamações e Informações
0800 704 8983

Deficiente Auditivo ou de fala - 0800 722 0000
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ovidoria - 0800 727 0903
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h às 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha uma boa tarde