

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190430327

Vítima: JEFFERSON FERNANDES DE MELO

Data do Acidente: 16/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BRUNO MENDES CORREIA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEFFERSON FERNANDES DE MELO

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 quadril 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: JEFFERSON FERNANDES DE MELO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 2380

Conta: 000007285-5

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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES); ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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. Assinalar uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0380 CONTA: 00070855

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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, não ter sido possivelmente apresentado a laudo de IML (Instituto Médico Legal) para perícia de avaliação de lesões 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

☒ 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 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorciado ☐ Separado ou divorciado ☐ Viúva

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 vivos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não 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 representante legal

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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)



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19019929B01



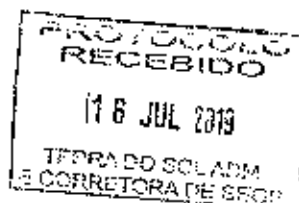
Maiores dúvidas acessar: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JSAC, matrícula 1071007, Polícia Rodoviária Federal, em 17/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC2143D00DDCBA30C15627B6D48238.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19019929B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 16/04/2019 Hora: 07:30 Município: MOSSORÓ/RN
BR: 110 KM: 47,3 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: ISAC, 1071007

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Simples
Estrutura Viária: Reta
Acostamento: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro

Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Seca
Localidade urbanizada: Sim
Canteiro Central: Não
Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

Em Mossoró/RN, no dia 16/04/2019, Por volta das 07:30h, na BR- 110, no Km- 47,3, sentido decrescente. Ocorreu um acidente do tipo: Colisão Traseira, que resultou em duas vítimas com lesões graves. Os veículos envolvidos foram: V1 Fiat/Strada de placa: MZD- 2413/RN e o V2, motocicleta Honda/XRE de placa: ORR- 5D00/RN. Com base na análise dos vestígios materiais, no local do acidente, constatou-se que, quando o semáforo fechou o condutor do V1 parou e o condutor de V2 por dirigir sem os devidos cuidados, colidiu na traseira de V1. Da análise conclui-se que a causa do acidente foi devido a falta de atenção de V2 dirigir sem atenção e os devidos cuidados. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. OBSERVAÇÃO: - O local do acidente estava preservado. - Velocidade regulamentar de 50Km/h. - Os V1 e V2 foram entregues aos seus respectivos condutores ou responsáveis. - As vítimas foram socorridas pelo SAMU para o HRTM. - Esteve no local do acidente uma VTR da Polícia Militar.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ISAC, matricula 1071007, Policial Rodoviário Federal, em 17/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 01-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/novocba/autenticar>, informando o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC2443D30DDCDA30C15627B6D48328.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19019929B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local preservado

50
km/h



← UPANEMA/RN

AREIA BRANCA/RN →

AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento

V1 - VEÍCULO 1 - MZD2413 - CAMINHONETE

V1 - Informações

Placa: MZD2413 Marca/modelo: FIAT/STRADA FIRE FLEX
Ano fabricação: 2008 Chassi: 9BD27803A87052558 Renavam: 00966612000
Espécie: Carga Categoria: Particular Tipo de veículo: Caminhonete
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento Cor: Fantasia
Informações complementares: Danos: quebrou a lanterna traseira direita.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ISAC, matrícula 1071007, Polícia Rodoviária Federal, em 17/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea f do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/moviba/autenticar>, informando o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC244300DDCDA30C15627B6D48328.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19019929B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / FIAT/STRADA FIRE FLEX

Placa: MZD2413

Nº BOAT: 19019929B01

Nome do Agente: ISAC

Matrícula do Agente: 1071007

Data: 16/04/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Pequena



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ISAC, matrícula 1071007, Polícia Rodoviária Federal, em 17/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br> ou no endereço eletrônico protocolo@prf.gov.br, o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC2443D00DDCDA30C75627B6D48328.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19019929B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/XRE 300

Placa: ORR5D00

Nº BOAT: 19019929B01

Nome do Agente: ISAC

Matrícula do Agente: 1071007

Data: 16/04/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	
Dano de Monta: Pequena				X	

V2 - Imagens Obrigatórias

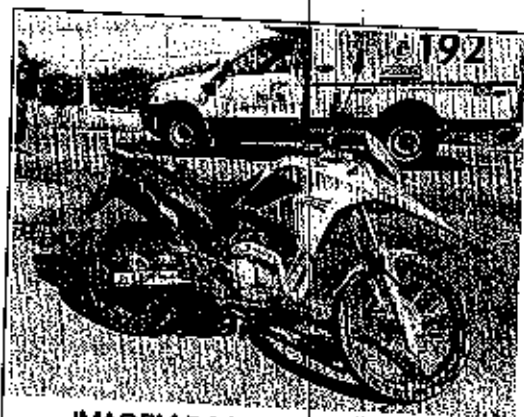


IMAGEM DA LATERAL DIREITA

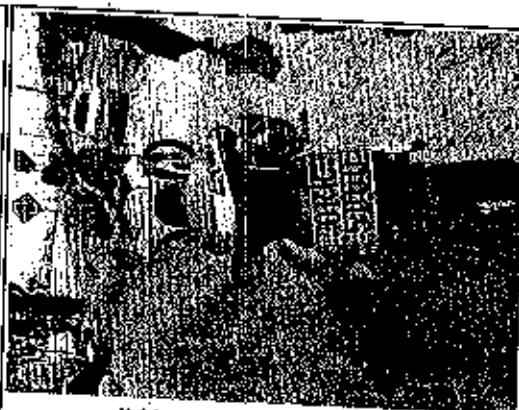


IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ISAC, matrícula 1071007, Polícia Rodoviária Federal, em 17/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea II do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC2413D00DDCA30C15627B6D48328.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19019929B01

V2 - Proprietário

Nome: ADEIRTON CARVALHO DA SILVA

CPF/CNPJ: 090.838.734-20

Email:

Telefone: 84 - 9 8611 - 6955

Endereço: TV - DR. AMAURI, 038, ALTO DE SÃO MANOEL, MOSSORO-RN

V2C - CONDUTOR DE V2 - ADEIRTON CARVALHO DA SILVA

V2C - Informações

Nome: ADEIRTON CARVALHO DA SILVA

Data de Nascimento: 12/10/1985

CPF: 090.838.734-20

Estado civil: Solteiro(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava capacete: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: TRAVESSA DOUTOR AMAURY, 38, ALTO, SÃO MANOEL, MOSSORO-RN

Telefone: 84 - 9 86 - 65955

Email:

V2P1 - PASSAGEIRO 1 DO V2 - JEFFERSON FERNANDES DE MELO

V2P1 - Informações

Nome: JEFFERSON FERNANDES DE MELO

Data de Nascimento: 27/01/1990

CPF: 097.416.604-99

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava capacete: Sim

V2P1 - Dados do Contato

Endereço: TV OLINDA, 35, ALTO DE SÃO MANOEL, MOSSORO-RN

Telefone: 84 9 8835- 6692

Email:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por TSAC, matrícula 1071007, Polícia Rodoviária Federal, em 17/04/2019, conforme háxião oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-FC, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.ptf.gov.br/movobase/verificador>, inserindo-se o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC2443D00DDCA3DC1562786D48328.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19019929B01

V1 - Proprietário

Nome: FROTA MIDIA EXTERIOR LTDA

Email:

CPF/CNPJ: 13.043.887/0001-47

Telefone: 84- 99939-8865/99628 - 6309

Endereço: Tv - PARK DAS EMAS, 157 - , 157, ALTO DO SUMARÉ, MOSSORO-RN

V1C - CONDUTOR DE V1 - JULIO CESAR DO NASCIMENTO BARBOSA

V1C - Informações

Nome: JULIO CESAR DO NASCIMENTO BARBOSA

CPF: 085.515.494-21

Sexo: Masculino

Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento: 31/07/1991

Estado civil: Casado(a)

Estado físico: Ileso

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB

UF: RN

Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 23/07/2010

Vencimento da habilitação: 22/05/2023

Nº Registro: 04991955391

Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Resultado obtido: 0,0 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: PARQUE DAS EMAS, 157, ALTO DO SUMARE, MOSSORO-RN

Telefone: 84 9 9939 - 8865 / 9 9628 -

Email:

V2 - VEÍCULO 2 - ORR5D00 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: ORR5D00 Marca/modelo: HONDA/XRE 300

Ano fabricação: 2014 Chassi: 9C2ND1110ER020319

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Informações complementares: Danos: Quebrou a carenagem dianteira do lado esquerdo.

Renavam: 01014876505

Tipo de veículo: Motocicleta

Cor: Branca



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ISAC, matrícula 1071007, Polícia Rodoviária Federal, em 17/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2018.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoportal/autenticar>, informando o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC2443D0DCC0A3DC15627B604B328.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19019929B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por ISAC, matrícula 1071007, Polícia Rodoviária Federal, em 17/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 671-PRF, de 13 de novembro de 2018.
A autenticidade deste documento pode ser conferida na site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC2443D00DCCDA30C15627B6D48328.

191

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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. Assinalar uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0380 CONTA: 00070855

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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, não ter sido possivelmente apresentado a laudo de Inspeção Médica Legal (IML) para perícia de avaliação de lesões decorrentes de 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

☐ O IML que atenda 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 decorrentes de 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorciado ☐ Separado ou divorciado ☐ Viúva

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 vivos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não 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 representante legal

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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)



SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 242

Mossoró 02 de Maio de 2019

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a): **SUELI DIAS MARTINS, 36 anos.**

RG: 1.972.785 passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: 13

Nome do Paciente: **JEFFERSON FERNANDES DE MELO, 29 anos.**

Data: 16/04/2019

Local da ocorrência: BR-110 (próximo a UFERSA)

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 02

Hora do Chamado: 08h 15min.

Natureza da Ocorrência: Colisão moto x carro

Procedimento no Local: Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU, encaminhado para o Hospital Regional Tarcisio Maia, conforme regulação médica.

Dr. Dixon Fradik Medeiros Lima
Diretor do SAMU Mossoró
16/04/2019


Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Agente administrativo SAMU/Mossoró

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor do SAMU/ Mossoró

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: 01/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEFFERSON FERNANDES DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02380

CONTA: 000000007285-5

Nr. da Autenticação CBD5F5C0582D2F35



Companhia Energética de São Grande do Norte
Rua Manoel, 150, Bairro Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.334.105/0001-81 | Ins. Est. Nº 64189-0 | www.cosern.com.br

BANQUEIRO CLIENTE

ANTONIA LINDA DE FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE ATENDIDA

TV OLINDA 35

CPF 201.329.214-72 NIS 10642021495

ALTO DE SÃO MANOEL/ÁREA URBANA
MOSSORÓ RN
59625-135

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COMMS

0854974629 04/2019
DATA DE EMISSÃO DATA DE VENCIMENTO

10/04/2019 02/05/2019

027504111 UNCA 03/04/2018

03/04/2018 3000070474 408210

03/04/2018 3000070474 408210

89,62

DEMONSTRAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativa até 20 kWh	30,0000000	R\$ 219,9000	6,55
Consumo Ativa superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	R\$ 374,9572	26,20
Consumo Ativa superior a 100 até 220 kWh	77,0000000	R\$ 661,5928	43,23
Contrib. Imediata Municipal			5,74
ICMS Parcela Subsequente			8,93

Pago 09/04/2019

09.08.11

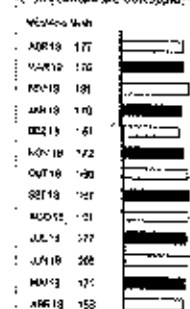
TOTAL DA FATURA

DEMONSTRAÇÃO DE CONSUMO DESTA DATA (R\$)

89,62

PERÍODO	TIPO DA FATURA	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE PASS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
03/04/18	CAI	02/05/2018	24.400,00	03/04/2018	26.000,00	26	1.0000		1.600,00

ANÁLISE DE CONSUMO



FORMAÇÃO DE PREÇOS

TIPO DE CONSUMO	CASE DE CANCELADO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	75,28	10,00	11,67
ICMS	75,28	1,00	1,06
ICMS	75,28	0,01	0,02

CONSUMO POR CONSUMIDOR

TIPO DE CONSUMO	PERCENTUAL	VALOR
Consumo de Energia	87	15,36
Contribuição	89	2,85
Contribuição (Consumo)	92	13,26
Perda de Energia	94	4,91
Perda de Energia	95	2,75
Perda de Energia	96	13,77
Total	98	13,55

PROTÓTIPO RECEBIDO

16 JUL 2019

TERRADO SOLAR

CORRETORA DE SEC

CONSUMO	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR
CONSUMO	0,52	4,85	0,31	19,02	220	207	231
CONSUMO	1,00	2,39	0,44	12,95			
CONSUMO	0,57	2,17	0,00	0,00			

Unidade: 11,22 5,50 - Valor de Energia do Unidade de Consumo de Consumo de 11,22

DATA DE EMISSÃO 10/04/2019 89,62

83800000000-9 89620038400-2 85497462920-0 01155218093-4



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
AL DAS CARNAUBEIRAS, 833 TERREO - CONJ ULTRICK GRAFF
MOSSORÓ - RN
59625-410

PROTÓTIPO
RECEBIDO

16 JUL 2013

TERMO DE SOLUÇÃO
CORRETORA DE BSC

ALEXANDRE BRUNO M CORREIA
R RAIMUNDO L DE M 203 B AP 303
MOSSORÓ - RN

59611-320

BE548999908BR



N35-7115 OF-1837613 OCR V62C101.D120603.THCM

2009

CAIXA

Chegou seu novo Cartão de Débito CAIXA Elo com chip.

Aproveite!



O seu Cartão de Débito CAIXA Elo com chip oferece mais segurança em suas transações. Além disso, a CAIXA oferece também em seu chip de uma mensagem para o seu celular toda vez que você pagar compras com seu cartão de débito. Basta acessar a Internet, Banda CAIXA, nos terminais de autoatendimento CAIXA ou nos PAF.

CAIXA

ATENÇÃO

- Ao receber o seu cartão, confira se o seu nome está correto e assiné no verso, no local indicado. Se você se sentir prejudicado a senha do cartão, seu cartão estará pronto para uso. Caso contrário, procure sua agência para cadastramento.
- Nunca revele ajuda ou terceiros ao utilizar os terminais de autoatendimento ou do Banco24Horas.
- Não escreva no cartão ou junte a ele a sua senha.
- Jamais forneça sua senha a terceiros.
- Nunca digite a sua senha em telefones ou celulares de terceiros, sob qualquer pretexto.
- Se o seu cartão for rotulado ou ficar preso em algum equipamento de autoatendimento ou do Banco24Horas, não digite novamente a sua senha e ligue para os Centrais de Atendimento.
- Em caso de perda ou roubo, bloqueie imediatamente este cartão pelo SAC CAIXA ou pelo telefone de Atendimento Comercial ou nos terminais das salas de autoatendimento ou diretamente nas agências da CAIXA.
- Seu cartão é pessoal e intransferível e, portanto, o uso por terceiros não é autorizado pela CAIXA. Sua utilização irregular sujeita o titular do cartão às penalidades legais.

caixa.gov.br

TELEFONES ÚTEIS

Atendimento Comercial: 3054 (105 Capais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 0505 (Demais Regiões) - Seção, extrato, atualização de cadastro, depósito de cheques, requisição de cartão de crédito e outros serviços.
Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 776 2492
SAC CAIXA: 0800 724 0101 - Informações, reclamações, sugestões e elogios.
Ouvidoria: 0800 725 7474



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: 4020-1396 / 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 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular 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 ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandre Gomes Mendes Correia
inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.839.634-79 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jefferson Fernandes de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.416.604-99
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vitima Jefferson Fernandes de Melo

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.416.604-99, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogado Renda: — e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

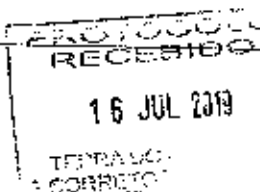
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço: <u>Rua Francisco L. de Sousa</u>	Número: <u>303</u>	Complemento: <u>—</u>
Bairro: <u>Dom Bosco</u>	Cidade: <u>Maracá</u>	Estado: <u>PA</u>
E-mail: <u>adulhemondos@outlook.com</u>	CEP: <u>59601-340</u>	Tel. (DDD): <u>94-99864-7997</u>

Local e Data:

Maracá/PA, 03/07/2019

Assinatura do Declarante





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 46187 /2019

Admissão: 16/04/2019 08:49:46

126

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

207041

Paciente: 38107 - JEFFERSON FERNANDES DE MELO (29 a 2 m 20 d)

Nascimento: 27/01/1990

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700404940795242

CPF:

Prof:

Mãe: ANTONIA IZANEIDE FERREIRA

Pai: JOSIMAR ARAUJO MELO

Lugar de nascimento: DR AUMAIR, 10

CEP: 59607100

Bairro: SAO MENAOEL

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.33153390

Compl:

PROTOCOLO
RECEBIDO
16 JUL 2019
TETRA DO SOL ARM
E CORRETORA DE SEGS

Motivo (elegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: SAMU MOSSORO

Classificação:

16/04/2019 08:44:20

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	130/80		98		22				

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTOCARRO, COM SUSPEITA DE FRATURA EM COLO DE FERMUR ESQUERDA.

Hora: 14:00 Paciente trazido pelo SAMU e conforme relato da proprietária, paciente apresenta lesões cervicais. Paciente refere que sofreu acidente e estava no grupo de motoristas no momento da colisão. Refere colisão na perna. Nega perda de consciência, náusea, vômitos e sangramentos.

A: vitalidade preservada com reatividade. B: MM+ bilateralmente com reflexos osteotendinosos e espasticidade simétrica. C: pupilas isocóricas, reativas, agudas, com manguitos visuais.

D: Glasgow 15; pupilas isocóricas e reativas, com 4mm esquerda com 4mm direita. E: força de preensão em 10. F: membros superiores em 10. G: membros inferiores em 10. H: sensibilidade em 10. I: reflexos em 10. J: tônus em 10. K: marcha em 10. L: equilíbrio em 10. M: coordenação em 10. N: função cognitiva em 10. O: função emocional em 10. P: função social em 10. Q: função cultural em 10. R: função religiosa em 10. S: função política em 10. T: função econômica em 10. U: função jurídica em 10. V: função médica em 10. W: função científica em 10. X: função artística em 10. Y: função esportiva em 10. Z: função profissional em 10.

Articulação glenohumeral e cotovelo à palpação sem sinais de trauma. Não há mobilização satisfatória. Na palpação do antebraço e punho, não há sinais de trauma.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORARIO ASSINT.

1) 500 mg

2) Dexametasona 0,1 mg + 100 mg

3) Dexametasona 10 mg + 100 mg

4) Dexametasona 10 mg + 100 mg

5) Dexametasona 10 mg + 100 mg

6) Dexametasona 10 mg + 100 mg

7) Dexametasona 10 mg + 100 mg

8) Dexametasona 10 mg + 100 mg

9) Dexametasona 10 mg + 100 mg

10) Dexametasona 10 mg + 100 mg

11) Dexametasona 10 mg + 100 mg

12) Dexametasona 10 mg + 100 mg

13) Dexametasona 10 mg + 100 mg

14) Dexametasona 10 mg + 100 mg

15) Dexametasona 10 mg + 100 mg

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

CID: 102.5 Proc. 3018.20019 Data: 1/19. Hr:

Médico:

*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 16 de Abril de 2019.

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO - VIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 0310612019

SAME / ARQUIVO

Dr. Paulo Roberto da
Ortopedia e Traumatologia
TE-07-14391
CRM/RN 5924

ORTOPEDIA

Pq 11 Fratura luxação de quadril @ +
Fratura de acetábulo.

CA: Seleção TC

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO - MA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
DAME MOSSORÓ 03 de 12/19
BIM
DAME (ARQUIVO)

Prontuário: 207041



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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **JEFFERSON FERNANDES DE MELO** (Fia: 1915/2019), CPF:09741660499.

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

Mossoró/RN, 16 de Abril de 2019.


Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA E
DATA 16/05/19

Assinatura

DATA 16/05/2019
AC. DR. STACY MAGALHÃES

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 03/06/2019

BIM
SAME / ARQUIVO



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

UNIMA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JEFFERSON KENNEDY DE MELO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

35102

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MOSSORÓ

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Lx QUADRI + PR ACOTRAGEIO E.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RAUMEN CONCORRIDA DISCRIMINADA

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

EXAME CUMULO + IMAGEM

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Lx ACOTRAGEIO

24 - CID 10 PRINCIPAL

S324

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

N12.8

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/09/19

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNPJ EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

44 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

AL REGIONAL TARCISIO
A CONFORME O ORIGINAL
MOSSORÓ 03/06/2019
R.M.

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

SAME / ARQUIVO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Jefferson Fernandes de Azevedo Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Fx de tabula + lesão quadril (E)

Indicação terapêutica: _____

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador R. Roble

1ª Auxiliar: _____

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

INTERVENÇÃO

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

(X) Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

- 1) Incisão de 12cm na região quadril
- 2) Lesão encontrada quadril (E)
- 3) Fratura da patela do p/1/E
- 4) Lesão de tração ligamento cruzado anterior
- 5) Lesão

Dr. Paulo Romero da Escóssia Daltro
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 14391
CRM/RN 5924

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
JANEIRO 03/06/2019

SAMBÁ ARQUIVO



GOVERNO DO ESTADO DE RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCISO MACHADO

Nome do paciente: Jefferson Fernando de Melo Nº do Pac: 43187
Clínica: Tropa Vermelha + redução de custos de material 1612/19
Diagnóstico: Pálido Análise: - Inst. Hospitalar: -
Antecedentes: Educação Antecedentes: Raquel
Início da Clínica: 15:00 Término: -

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	5 un
* GASES	6 un
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LAMINA DE BISTURI Nº 23	1 un
* FUVAS 8.0	3 pacotes
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS Nº	
* JELOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	2 un
* SERINGAS DE 05 ML	2 un
* SERINGAS DE 10 ML	2 un
* SERINGAS DE 20 ML	1 un
* AGULHAS DE CARTAGENS	
* SONDAS ENDOTRAQUEIAIS	
* TRAQUEOSTOMIA	
* SONDAS URETRAIS Nº	
* SONDAS FOLEY Nº	
* SONDAS NASOGASTRICAS Nº	
* CATETER PARA O2	1 un
* SONDAS PARA ASPIRAÇÃO Nº	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* CORTES DE CINTAS	
* URETERO CATHETER	
* CATADURA CECAL	
* FAIXA DE CR-POM	
* ALGODÃO BRANCO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONOMYOL	
* OUTROS HCS	
* USO DO BISTURÍ Nº 200	
* USO DE OXIGÊNIO	
* SOLUÇÃO DE PVP 1% ISOTÔNICA	
* SOLUÇÃO DE HEPARINA 1000 un/ml	150 ml
* SOLUÇÃO DE PVP 1% ISOTÔNICA	
* SOLUÇÃO DE ETHER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9%	500 ml
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	2 pacotes
* SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL	
* XILOCAINA A 2%	
* ARD 10ml	10 pacotes
* D - 10ml	1 pacote

Modelo: 1000
Fio: TPU STEINERT 4 x 1/2 x 1/2
Fabricante: Minax Med
Referência: 2 12 43-108
Lote: 09/08/2018 Validade: Indefinida
No Registro Anvisa: 8015058801

[Handwritten signature]
7/2/15/16

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MACHADO
DEACONFORME O ORG.
DE MOSSORÓ 02.06.2019

SAME / ARQUIVO

DATA: 07/05/2019

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

Nome: JEFERSON FERNANDES DE MELO 29 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 209-1
DATA DA ADMISSÃO: 16/04/19 MOSSORÓ - RN CÓDIGO: 38107

DATA	EVOLUÇÃO
	21º DIH: LX DE QUADRIL E. + FX DE ACETABULO E. REALIZADO REDUCAO INCRUENTA + TRACAO TRANSTROCANTERICA QP: SEM QUEIXAS. EF: BEG, COTE, AAA. NORMOCORADO E HIDRATADO ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO, BNF AR: MV + EM AMBOS OS HEMITORAX, SRA ABDOME: ATÍPICO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. RHA + SITUAÇÃO: LABORATÓRIO: (28/04/19): HB: 12.4 LEUCO: 12200 PLAQ: 468.000 UREIA: 25 (18/04) CR: 1.0 (18/04) TGO: 81 TGP: 49 INCLUSO NO SISREG RISCO CIRURGICO BAIXO CD:VPM

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE	
2	SFO,9% 1500 ML EV PARA 24 HORAS	
3	DIPIRONA 500MG/ML 2ML + ABD EV 6/6 HORAS.SN	
4	OMEPRAZOL 40MG VO JEJUM 1XDIA	
5	BROMOPRIDA 10MG 8/8 HORAS SE NAUSE E/OU VÔMITO	
6	CLEXANE 60MG SC 1X DIA	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 03/06/2019
B. L. A.
SAME / ARQUIVO



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

3515163

5- PACIENTE

JEFFERSON FERNANDES DE MELO

Identificação do Paciente

8- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

185828

7- CARTÃO NACIONAL SUS

700 4049 4079 5242

8- DATA DE NASCIMENTO

27/01/1990

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

ANTONIA IZINEILDE FERNANDES DE MELO

12- TELEFONE DE CONTATO

988356692

13- NOME DO RESPONSÁVEL

TIA / INEZ

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

TV: OLINDA 35

16- MUNICÍPIO

MOSSORO

17- BAIRRO

ALTO S. MIGUEL URBANA

18- UF

RN 1

19- CEP

59825165

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente encaminhado de Mossoro-RN
com fraturas articulares no 16 dia

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

cirurgias

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

R + TC

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

fraturas

24- CID 10 PRINCIPAL

acilobulb >

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trat cirurgico

Procedimento Solicitado

Rogério Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1225-38077341

28- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

07519

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- () AC. TRÂNSITO

37- () AC. TRABALHO TIPO

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

() CNS () CPF

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 18/01/20
Assinatura



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

REGULAÇÃO

065

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
DATA 07/05/2019	HORA 14:15	165628
PACIENTE JEFFERSON FERNANDES DE MELO	CATEGORIA	GIR
ESTADO CIVIL SOLTEIRO	PROFISSÃO AGRICULTOR	DATA DE NASCIMENTO 27/01/1990
ENDEREÇO (RUA, Nº) TV:OLINDA 35		
MUNICÍPIO MOSSORO	BAIRRO ALTO S. MATEUS A. URBANA	UF RN
LOCAL DE TRABALHO		CEP 59825165
FILIAÇÃO ANTONIA IZINEILDE FERNANDES DE MELO	JOSIMAR ARAUJO DE MELO	TELEFONE 988356692
RESPONSÁVEL TIA / INEZ		
ENDEREÇO O MESMO		
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		
DATA DE ADMISSÃO	ALTA 21/05/19	ÓBITO
HISTÓRIA CLÍNICA		

CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 28.05.77

Assinatura

PF 297413604.99
US 700404940795242 Def. 98835 6692 vit



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

Nome - Adelino Izidoro de Melo
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 47

OME: Jefferson Lourenço de Melo
IDADE: 27/01/1990 COR: [] SEXO: M ESTADO CIVIL: solteiro
NATURALIDADE: Massaroca RN PROFISSÃO: Autônomo PROCEDÊNCIA: []
ENDERECO: SAU. Oliveira 35 BAIRRO: Alto de São Manoel
CIDADE: Massaroca RN DATA: 07/05/2019 HORA: 12:00 AM

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGADA 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) acidente com grafite
acrobata D. lig. e glen.
exercitando de novo - RN

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL fratura acrobata

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

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 ____/____/____	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA _____ HORA _____	A REVELIA ☐
A FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐

Rogério Santos
Ortopedia e Traumatologia
MÉDICO (CRM 1226-SP) 1341

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
DATA: 10/05/12
Rogério Santos

Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
HERNAN E. DE MELO			
Data operação	Enf.	1º auxiliar	2º auxiliar
Operador	3º auxiliar		Instrumentador
Anestesiista	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório			
Fratura de Fm. de costela (E)			
Tipo de operação			
Fr. de Fm. de costela (E)			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - víceras

Via de acesso por via lateral e (E)
 Hipertrofia
 do fêmur de fratura completa unilateralmente
 redução + fixação com os parafusos + os
 placas 3.5
 limpeza da região
 Sutura por plano
 Oclusão

Dr. Helder de Moraes
 Data de assinatura
 CRM 33311/SSGP 1221

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
 DATA 28/06/18
 Assinatura

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital					Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome: <u>Anderson F. de Melo</u>					Idade: <u>29</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u></u>
Pressão arterial		Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros	
Hematematias		Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia		
Urina							
Aspiratório							
Circulatório							
Digestivo							
Mental							
Histórico pré-operatório							
Lesões anteriores							
Ação pré-anestésica							
				Aplicada às	Efeito		

260	PR SF SF SF Pac. P, anestesias locais função mediana 12/14 de Ag 25A	
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		
DIOS	PR	PR
ÇÕES	GR 100 98% 98% 98% 98%	
CAO	Tubal 400, Fentanil 100, Lidocaina 200.	
as	Neocaina 900, Dinap 600, Cetabum 2g, Dixa 100, Diplois 2g.	
a	Lagunamexing	
ção	400 chisner, Aetabum.	
ões	4000 man + char	
sistas	Jornal Rochas	
ações	Dra. Hingrid Rodrigues Médica Anestesiologista CRM 5514	
no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias		
Perda sanguínea		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Jefferson Fernandes de Melo Idade: 25 D/N: 27/01/1990
Pront.: 155628 Município: MOSSORO Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 26/05/99 Hora Admissão: Bloco: Sala: : Hora Saída: : Peso: :
Alergias: () Não ☒ Sim PLAÇA Comorbidades: () HAS () DM () Outras :
Uso de medicações: ☒ Não () Sim : Jejum: () Não ☒ Sim :
SSW Admissão: PA: : mmHg Pulso: : bpm FL: : rpm FC: : bpm SpO₂: : % T: : °C
Enfermeiro(a): : Instrumentador(a): Glória Circulante: Antônio

Cirurgia: Tireoidectomia Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 03
Hora Início: 20:20 Hora Término: 23:00 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. Haurmon Aux.: Dr. Vitor Residente: :

Anestesia: () Local ☒ Sedação () Geral TOT: : () Bloqueio ☒ Raquidiana Ag.nº 26 () Peridural () Cateter () s/cateter
Ag.nº : Cateter nº : Início: 20:45 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: : Término: :
Anestesiologista: Dr. Ingrid

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>75</u>	<u>78</u>	<u>102</u>	Bpm
Pulso	<u>78</u>	<u>78</u>	<u>102</u>	Bpm
Oximetria	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>98</u>	%
Capnografia	<u>:</u>	<u>:</u>	<u>:</u>	%
PA	<u>13x7</u>	<u>12x7</u>	<u>12x9,6</u>	mmHg

POSICÃO	COXIM	MMSS
☐ Dorsal	☐ Cabeça	☐ Anatômicos
☐ Ventral	☐ Pescoço	☐ Abduzidos
☒ Lateral <u>(E)</u>	☐ Tórax	☐ Fletidos
☐ Litotômica	☐ Lombar	☐ MMII
☐ Trendlemburg		☐ Anatômicos
☐ Canivete		☐ Abduzidos
☐ Proclive		☐ Fletidos

ACESSO VENOSO
☐ Punção Arterial
☒ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central
☐ Dissecção venosa
Local: <u>MS</u>
Cateter: <u>Jelco 18</u>

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
☒ Sim () Não () Metal () Descartável
Local: <u>Dorso</u>
DEGERMAÇÃO
☒ Sim () Não <u>+ alcool</u>
Local: <u>Perna</u> Solução: <u>elodigical</u>

SONDAGEM GÁSTRICA
☐ SNG nº
Retorno:
CATETERISMO VESICAL
☐ SVF nº <u>18</u> SVA nº <u>200ml</u>
Diurese:
Profissional responsável: <u>Dr.</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos:
Tela:
Cateter:
Ostomia:
Fio de KC:
Placa - Tipo:
Outros:

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

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>boxice</u> Quant. Material: <u>39 Pcs</u>
Val.: <u>13/08/99</u> Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

() Hemoconcentrado
() Albumina Unid.

Unid.

() Plasma Unid.

() Expansor plasmático Unid.

() Plaquetas Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Ringer Simples: 1.000 ml
() Soro Ringer Lactato: ml

Quantidade total de volume administrado:

ANATOMO PATOLÓGICO

Peça para sepultamento: () Não () Sim
Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS:

Ass: Ane

Coren: 360424

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

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

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

Hora: 23:05 Data: 16/05/17 Nível de consciência: () acordado () Sonolento () Narcoze () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: AVC Local: AVC 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
Relata:

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

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

Medicações administradas URPA:

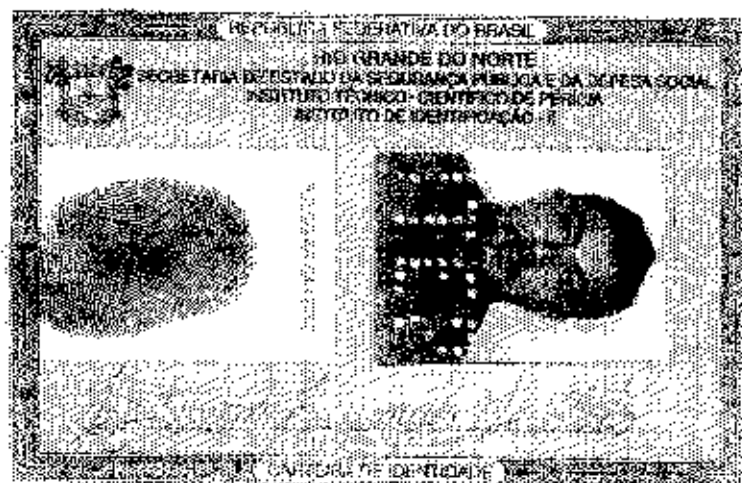
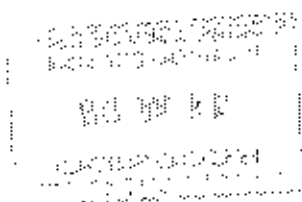
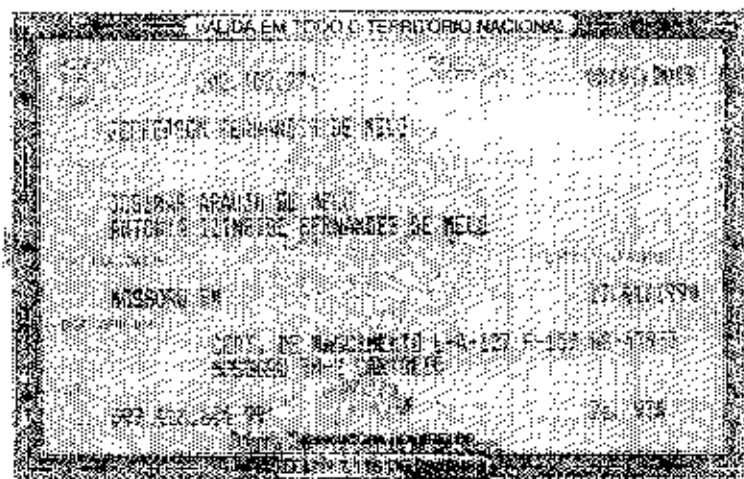
Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Paciente encaminhado para PAIO X.

Ass: Say Grana

Coren: 504067





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CPF DO CONTRIBUÍVEL

CPF DO EMPREGADOR

097.416.604-99

ALEXSSON FERNANDES DE MELO

CPF DO EMPREGADOR

097.416.604-99



RECEITA FEDERAL
15 MAR 1994
10h 10min

FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
 DEPARTMENT OF JUSTICE
 WASHINGTON, D. C. 20535
 IDENTIFICATION DIVISION

NAME OF SUBJECT: **FRANCISCO MENDEZ SILVA**
 DATE OF BIRTH: **12/10/1966**
 PLACE OF BIRTH: **PANAMA, PANAMA**
 CURRENT ADDRESS: **FRANCISCO MENDEZ SILVA, PANAMA, PANAMA**
 OCCUPATION: **STUDENT**
 SOCIAL SECURITY NUMBER: **1169347401**
 PHOTOGRAPH: 

IDENTIFICATION DIVISION
 DEPARTMENT OF JUSTICE
 WASHINGTON, D. C. 20535

RECEIVED
 18 JUN 1968
 FBI - NEW YORK
 100-100000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190430327 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON FERNANDES DE MELO **Data do acidente:** 16/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ACETÁBULO E LUXAÇÃO DO QUADRIL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PG 12 E 13 - FOLHA DE CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Bruno Mendes Urbano Júnior
Advogado OAB/RN 13.397 Advogado OAB/RN 13.776

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

JEFFERSON FERNANDES DE MELO, brasileiro, solteiro, Trabalhador Agrícola, portador do CPF nº 097.416.604-99, residente e domiciliado a Rua Travessa Olinda, 35, Alto de São Manoel, Mossoró/RN, CEP: 59625-165. (84-99902-7074).

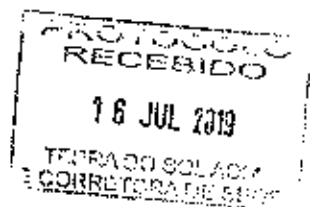
OUTORGADO

ALEXANDRE BRUNO MENDES CORREIA, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.397, com endereço para intimações de estilo no rodapé.

PODERES:

A quem confere(m) amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com as Cláusulas "ad-judicia e et extra", para o foro em geral, perante qualquer instância (grau de jurisdição), e especialmente para junto a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A** ou ainda perante qualquer outra **Seguradora participante do Convênio DPVAT**, possa requerer e receber valores referentes a indenização proveniente do Seguro Obrigatório DPVAT, onde com esta se apresente/m, possa defender os interesses da parte outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, assistente, oponentes, ou de qualquer modo interessado, podendo interpor todos os recursos em direito permitidos; propor ações e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os termos, até o final; entrar em acordo, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos, assim como todos os documentos necessários ao feito, requerer falência ou concordata; transgredir; firmar compromisso; passar recibos, inclusive receber Alvará judicial e/ou bens móveis apreendidos, dar quitação, assinar termos e compromissos de inventariante, e tudo o mais usar e praticar, requerer e assinar para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, e praticar(em) todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato.

Mossoró/RN 3 de julho de 2019



Jefferson Fernandes de Melo

JEFFERSON FERNANDES DE MELO

Bruno Mendes Urbano Júnior

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239878/19

Número do Sinistro: 3190430327

Vítima: JEFFERSON FERNANDES DE MELO

CPF: 097.416.604-99

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 16/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEFFERSON FERNANDES DE MELO

DOCUMENTOS ENTREGUES

ALEXANDRE BRUNO MENDES CORREIA : 051.839.634-79

Procuração

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/07/2019
Nome: ALEXANDRE BRUNO MENDES CORREIA
CPF: 051.839.634-79

ALEXANDRE BRUNO MENDES CORREIA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2019
Nome: FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA
CPF: 061.400.284-26

FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190430327

Vítima: JEFFERSON FERNANDES DE MELO

Data do Acidente: 16/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BRUNO MENDES CORREIA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEFFERSON FERNANDES DE MELO

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