



Número: **0800543-45.2020.8.20.5107**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Nova Cruz**

Última distribuição : **07/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 843,75**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HENRIQUE EDUARDO FERREIRA (AUTOR)		ANDRESSA DE SOUSA MARIANO (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63055858	23/11/2020 14:48	2767641_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos



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

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272337

Vítima: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

Data do Acidente: 07/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GILDETE PEREIRA DA SILVA BERNARDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

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

Carta nº 14192092

Pag. 00105/00106 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190272337 **Vítima:** HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

Data do Acidente: 07/04/2017 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: GILDETE PEREIRA DA SILVA BERNARDO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00259/00260 - carta_02 - INVALIDEZ

00060130



Carta nº 14209353





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

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272337

Vítima: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

Data do Acidente: 07/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GILDETE PEREIRA DA SILVA BERNARDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

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\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000762**

Conta: **0000037773-8**

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:

☐

DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do seguro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

072.842.864-40 Henrique Eduardo Pereira

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Henrique Eduardo Pereira

Endereço:

Zilda Lisboa Assunção Lamara

Cidade:

Nova Cruz

CPF:

Número:

Complemento:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

51

59215-000

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

REDA MENSAL:

☒ R\$0,00 A R\$1.000,00

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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:

AGÊNCIA:

0762

CONTA:

00037773

8

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização devido em nome 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 (assinale uma das opções):

☒ 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 assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à explicação médica às custas do Segurado LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente ou trânsito, conforme art. 6.194/74, art. 48, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CMI) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gráu de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a seguradora LIDER pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 art. 299 do Código Penal.

Local e data, Nova Cruz, RN, 08/04/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

3º Nome:

CPF:

4º Nome:

CPF:

5º Nome:

CPF:

6º Nome:

CPF:

7º Nome:

CPF:

8º Nome:

CPF:

9º Nome:

CPF:

10º Nome:

CPF:

11º Nome:

CPF:

12º Nome:

CPF:

13º Nome:

CPF:

14º Nome:

CPF:

15º Nome:

CPF:

16º Nome:

CPF:

17º Nome:

CPF:

18º Nome:

CPF:

19º Nome:

CPF:

20º Nome:

CPF:

21º Nome:

CPF:

22º Nome:

CPF:

23º Nome:

CPF:

24º Nome:

CPF:

25º Nome:

CPF:

26º Nome:

CPF:

27º Nome:

CPF:

28º Nome:

CPF:

29º Nome:

CPF:

30º Nome:

CPF:

31º Nome:

CPF:

32º Nome:

CPF:

33º Nome:

CPF:

34º Nome:

CPF:

35º Nome:

CPF:

36º Nome:

CPF:

37º Nome:

CPF:

38º Nome:

CPF:

39º Nome:

CPF:

40º Nome:

CPF:

41º Nome:

CPF:

42º Nome:

CPF:

43º Nome:

CPF:

44º Nome:

CPF:

45º Nome:

CPF:

46º Nome:

CPF:

47º Nome:

CPF:

48º Nome:

CPF:

49º Nome:

CPF:

50º Nome:

CPF:

51º Nome:

CPF:

52º Nome:

CPF:

53º Nome:

CPF:

54º Nome:

CPF:

55º Nome:

CPF:

56º Nome:

CPF:

57º Nome:

CPF:

58º Nome:

CPF:

59º Nome:

CPF:

60º Nome:

CPF:

61º Nome:

CPF:

62º Nome:

CPF:

63º Nome:

CPF:

64º Nome:

CPF:

65º Nome:

CPF:

66º Nome:

CPF:

67º Nome:

CPF:

68º Nome:

CPF:

69º Nome:

CPF:

70º Nome:

CPF:

71º Nome:

CPF:

72º Nome:

CPF:

73º Nome:

CPF:

74º Nome:

CPF:

75º Nome:

CPF:

76º Nome:

CPF:

77º Nome:

CPF:

78º Nome:

CPF:

79º Nome:

CPF:

80º Nome:

CPF:

81º Nome:

CPF:

82º Nome:

CPF:

83º Nome:

CPF:

84º Nome:

CPF:

85º Nome:

CPF:

86º Nome:

CPF:

87º Nome:

CPF:

88º Nome:

CPF:

89º Nome:

CPF:

90º Nome:

CPF:

91º Nome:

CPF:

92º Nome:

CPF:

93º Nome:

CPF:

94º Nome:

CPF:

95º Nome:

CPF:

96º Nome:

CPF:

97º Nome:

CPF:

98º Nome:

CPF:

99º Nome:

CPF:

100º Nome:

CPF:

101º Nome:

CPF:

102º Nome:

CPF:

103º Nome:

CPF:

104º Nome:

CPF:

105º Nome:

CPF:

106º Nome:

CPF:

107º Nome:

CPF:

108º Nome:

CPF:

109º Nome:

CPF:

110º Nome:

CPF:

111º Nome:

CPF:

112º Nome:

CPF:

113º Nome:

CPF:

114º Nome:

CPF:

115º Nome:

CPF:

116º Nome:

CPF:



AUTO-ATENDIMENTO - AG. NOVA CRUZ
DATA: 09/04/2019 HORA: 09:17:42
TERMINAL: 07621002 CONTROLE: 076210020105

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0762 013.00037773-8
NOME: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA
TIPO DE CONTA: 013 - POUANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: ~~200,00~~

TELEFONE DEPOSITANTE: 84 9877-5757

NÚMERO DO ENVELOPE: 907738350

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Dúvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

RECEBUEIRO
09/04/2019
09:17:42
07621002



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190272337
Nome do(a) Examinado(a): Henrique Eduardo Ferreira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Zilda Lisboa Arruda Camara, 51
Santa Luzia Nova Cruz RN CEP: 59215-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 002556292
Data local do acidente: [07/04/2017]
Data local do exame: [23/04/2019] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TORNOZELO DIREITO. FEZ FISIOTERAPIAS.
Data da Alta: 15/11/2017
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO MODERADA DA MOBILIDADE DE INVERSÃO DE TORNOZELO DIREITO, FERIDAS OPERATÓRIAS CICATRIZADAS NA REGIÃO DO TORNOZELO DIREITO, LIMITAÇÃO PARA EXTENSÃO (10°) E PARA FLEXÃO (10°) DO TORNOZELO DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE A DIREITA.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
INVALIDEZ AO NÍVEL DO TORNOZELO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento" <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i>	() "Sem seqüela permanente" <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i>
--	--
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
|--|--|

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

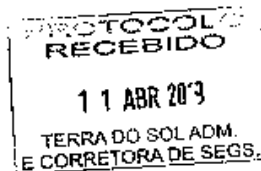

DR. URAI DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL – DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
6ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - NOVA CRUZ – 6ª DRPC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 403/2017



Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Local: Rua Assis Chateaubriand, Centro, Nova Cruz/RN

Data e hora: 07/04/2017, por volta das 16:20 horas

COMUNICANTE: a própria vítima

VÍTIMA: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

RG: 2.556.292 SSP/PB

CPF: 0072.842.864-40

Filiação: José Luiz Ferreira e de Maria Rosa Rodrigues

Natural: Santo Antônio/RN **Nascimento:** 22/02/1987

Profissão: Aricultor

Endereço: Rua Zilda Lisboa Arruda Câmara, nº 51, Conjunto Nova Vida, Bairro Santa Luzia, Nova Cruz/RN

Telefone:

ACUSADO: a esclarecer

Histórico: a vítima procurou esta Unidade de Polícia Judiciária e narrou que foi vítima de acidente de trânsito; Segundo a ela, no dia e horário supra quando pilotava sua Motocicleta HONDA XRE 190, ANO 2016/2016, PLACA QGO-0191/RN, CHASSI nº 9C2MD4100GR009793, RENAVAM nº 01109795928CRLV em nome da vítima, quando foi atingido por um veículo não identificado, já que após o acidente o motorista causador do acidente se evadiu do local; QUE em consequência da colisão sofreu fratura exposta na perna direita; QUE foi socorrido para o Hospital Municipal de Nova Cruz/RN, mas em consequência da gravidade foi transferido de imediato para o Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel na Capital do Estado, tudo conforme documentos hospitalar apresentado nesta DP e anexados ao B.O. Nada mais disse.

Testemunha(s):

Providência (s) Adotada (s): Registro de B.O

Nova Cruz/RN, 02/05/17

Assinatura do (a) Comunicante

Hora: 17:00 horas

Assinatura e Matrícula do (a) Servidor
Adailton Gonzaga
Mat. 194550-5

Rua Assis Chateaubriand, 842 – CEP. 59215-000 – fone/fax (84)3281-5905/5912





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

072.842.864-40

Nome completo da vítima:

Henrique Eduardo Ferreira

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

Nome completo:

Henrique Eduardo Ferreira

Profissão:

Sergente

Endereço:

Síla Lisboa Arruda Lamara

Bairro:

Santa Luzia

Cidade:

Nova Cruz

Estado:

RN

CPF:

072.842.864-40

Número:

51

Complemento:

CEP:

59215-000

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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:

AGÊNCIA: 0762

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

00037773

8

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 divir direito, reconhecendo o valor, desde já e somente após a elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALEZ 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.

Peo 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 6.194/77, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

13

Extintos:

0

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pai/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àque os 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 na infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Local e Data, Nova Cruz RN 08/04/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

PROTÓCOLO RECEBIDO

11 ABR 2019

TERRA DO SOL ADM.

E CORRETORA DE SEGS.

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 23/11/2020 14:48:29
https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112314482922400000060453040
Número do documento: 20112314482922400000060453040



Secretaria Municipal de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR PEDRO MOURA
Rua Doutor Mário Negócio, 188 - centro

CNPJ: 08.144.781/0001-33

Telefone: (84) 3281-5815

☐ Classificação de risco

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA nº: 15.905

Data: 07/09/17 Hora: 17:00

Nome: Henrique Eduardo Tenorio

Nome da Mãe: M^{re} Rose Rodrigues

D.N.: 22/02/87 Idade: 30 Cor: Parda Sexo: M Estado Civil: Casado

RG: 002.556.292 CNS: 160101510400000 Telefone: 91913172

Naturalidade: ST^e Ant^a Profissão: Apudante Suavente

Endereço: R. Zilda Lisboa Anacleto Caminha, 211

Bairro: ST^e Luzie Cidade: UF: RN

Queixa do paciente:

Condições do paciente ao ser atendido

☐ Aparentemente BEM ☐ Regular ☐ Agitado ☐ c/ Dispneia ☐ Chocado ☐ Comatoso
☐ c/ Hemorragia ☐ em Convulsão ☐ Politraumatizado ☐ Outros

Causas

☐ Doença ☐ Agressão ☐ Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Acidente doméstico
☐ Acidente com animal doméstico ☐ Acidente causado por animal peçonhento ☐ Intoxicação exógena

Agravantes

☐ Diabetes ☐ Pressão Alta ☐ Diarreia ☐ Cardiopatia ☐ Complicações respiratórias ☐ Doença renal crônica
☐ Gravidez ☐ Câncer ☐ Alergia a ☐ outros:

Temp:

Respiração:

Pulso:

P.A.:

Peso:

Exame Clínico:

Paciente em estado de inconsciência
com pupilas midriáticas e reagentes
M.D.O.

PROTÓCOLO RECEBIDO

11 ABR 2017

TERRA DO SOL ADM.
SECRETARIA DE SEGS.

Hipótese Diagnosticada:

Furto

A Hipótese Diagnosticada é passível de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA? ☐ SIM ☐ NÃO



[Assinatura] Rx

Conduta Médica

[Assinatura]

Dr. José André de Souza e Silva
Médico
CRM/RN - 8440

Relatório da Enfermagem

[Área para relato de enfermagem]

☐ Paciente recusou-se à: _____ Horário: _____ Data: ____/____/____

Assinaturas:

Paciente: _____

Testemunha: _____ RG: _____

Destinação do Paciente

<input type="checkbox"/> Alta- <input type="checkbox"/> Revelia	<input type="checkbox"/> Internado, no serviço de: _____	<input type="checkbox"/> Encaminhado em ____/____/____ hora: _____
Data: ____/____/____	(neste hospital)	Para: _____
Hora: _____		Setor: _____

☐ Óbito Data: ____/____/____ Hora: _____ - Entregue à: ☐ Família ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P.

_____ Médico (a) - carimbo	_____ Enfermeiro (a) - carimbo
-------------------------------	-----------------------------------



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	30/04/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00762

CONTA: 000000037773-8

Nr. da Autenticação 26F2CBF5C86DBCE5





União Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 70.436, de 28/06/62
Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Marechal, 150 - Bairro: Natal, Rio Grande do Norte - CEP 55005-250
CNPJ 08.234.199/0001-81 | Insc. Est. 20.551.990-0 | www.cosern.am.br

DADOS DO CLIENTE

DAIANA SALUSTIANO PEDRO FERREIRA

CPF: 660.221.754-90

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ILDALISBOA ARRUDA CAMARA 51
CONJ NOVA VIDA

SANTA LUIZIA APERUABACA
NOVA CRUZ RN
58215-080

016657818	11/01/2019	22/01/2019
040320019	01/02/2019	25/02/2019



Consumo Ativo (kWh)	Quantidade	Preço (R\$)	Valor (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	87,000000	0,9725937	83,78
Contrib. para a Política Municipal			0,00
Saldo para a conta de 01/01/2019 - 27/12/18			1,26
Juros por atraso de 01/01/2019 - 27/12/18			0,22

TOTAL DA FATURA 87,25

ÍNDICE	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE	CONSUMO	ALÍQ.	CONSUMO (kWh)
R03333	CA	27/12/2018	5 580,00	25-01-2019	5 667,00	33	1,0000				33,00

PERÍODO	VALOR	%	VALOR DO	CONTRIBUIÇÃO	%	VALOR DO
JAN 19	26,78	30,70%	ICMS	26,78	100,00%	26,78
FEV 19	26,78	30,70%	PIS	26,78	100,00%	26,78
MAR 19	26,78	30,70%	COSPAR	26,78	100,00%	26,78
ABR 19	26,78	30,70%				
MAY 19	26,78	30,70%				
JUN 19	26,78	30,70%				
JUL 19	26,78	30,70%				
AUG 19	26,78	30,70%				
SET 19	26,78	30,70%				
OCT 19	26,78	30,70%				
NOV 19	26,78	30,70%				
DEZ 19	26,78	30,70%				
JAN 20	26,78	30,70%				

ROSE CEE 554A 14F1 / 337.7100 0000 3E30

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Os dados apresentados nesta fatura foram gerados automaticamente pelo sistema de medição e controle de energia elétrica da Cosern. Os dados são válidos para o período de validade da fatura. Os dados são válidos para o período de validade da fatura.

CONSUMO	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE
CONSUMO	87,00	kWh	87,00	kWh	87,00	kWh
CONSUMO	87,00	kWh	87,00	kWh	87,00	kWh
CONSUMO	87,00	kWh	87,00	kWh	87,00	kWh

CONSUMO	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE
CONSUMO	87,00	kWh	87,00	kWh	87,00	kWh
CONSUMO	87,00	kWh	87,00	kWh	87,00	kWh
CONSUMO	87,00	kWh	87,00	kWh	87,00	kWh

Custo de 0,9725937 R\$ por kWh

Valor de 0,9725937 R\$ por kWh

Valor de 0,9725937 R\$ por kWh

Valor de 0,9725937 R\$ por kWh

Valor de 0,9725937 R\$ por kWh

Valor de 0,9725937 R\$ por kWh

Valor de 0,9725937 R\$ por kWh

Valor de 0,9725937 R\$ por kWh

Valor de 0,9725937 R\$ por kWh

Valor de 0,9725937 R\$ por kWh

Valor de 0,9725937 R\$ por kWh

Valor de 0,9725937 R\$ por kWh

Valor de 0,9725937 R\$ por kWh

Valor de 0,9725937 R\$ por kWh

Valor de 0,9725937 R\$ por kWh

Valor de 0,9725937 R\$ por kWh

Valor de 0,9725937 R\$ por kWh

Valor de 0,9725937 R\$ por kWh

Valor de 0,9725937 R\$ por kWh

Valor de 0,9725937 R\$ por kWh

PROTOCOLO
RECEBIDO
11 ABR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Parâmetro Elétrico: Clado pela Lei 10.438 de 26/04/07
 1. do Norte - CEP 50250-250
 (3055185 01) www.terra.com.br

DADOS DO CLIENTE
 ALEX RODRIGUES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CORRESPONDENTE
 RUA CAMPO SANTO 207 - A.C.S.

CPF: 113.893.844-38
 CLASSIFICAÇÃO
 S1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

CENTRO-ÁREA URBANA
 NOVA CRUZ RS
 90219-000

Nº METER: 017510925 UNICA 06/01/2018
 02/01/2019 01/01/2019 02/01/2019

7010408932 01/2019
 10/01/2019 04/02/2019
 70.71

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Watt)	87.600.000	0,00568557	52,30
Câmbio (Litr. Pública Municipal)			0,27
Multa por atraso NF 014575008 - 05/11/18			1,68
Juros por atraso NF 014575008 - 05/11/18			0,43
Atualização INPM NF 014575008 - 05/11/18			3,22
Criação ARAE - 0006-7564			15,00

DATA	ANTERIOR	ATUAL	DEBITANTE	ADJUSTE	CONSUMO (WATT)
01-01-2019	1.457,00	1.558,00	30	1.000	87,30

MÊS		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	
		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)		VALOR (R\$)	

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gildete Pereira da Silva Bernardo

RG nº 002.429.874, data de expedição 28/09/18, Órgão SSP/RN,

CPF nº 087-385-084-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Campo Santo</u>
Número	<u>207</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Nova Cruz</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59215-000</u>
Telefone de Contato	<u>(084) 99120-3370 / (084) 98780-6894</u>
E-mail	<u>_____ / _____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Nova Cruz/RN 27/03/19

Assinatura do Declarante: Gildete Pereira da Silva Bernardo





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 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/RIBIBIOTECAWEB/DOCORIGINAI.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 COAP.

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 DOCTÊNCIAS SUSPEITAS DAS ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Gildete Pereira da Silva Bernardo

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 087.385.084/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Henrique Eduardo Ferreira Inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.842.864/40

do sinistro de DPVAT cobertura invalidéz da Vítima Henrique Eduardo Ferreira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.842.864/40 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

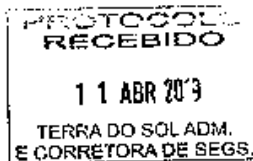
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Campo Santo</u>	Número: <u>207</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Nova Cruz</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59215-000</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: Nova Cruz / RN 27.03.19

Gildete Pereira da Silva Bernardo
Assinatura do Declarante



OLDRL001 V001/2017

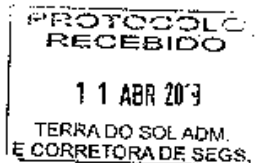
Município: Henrique Eduardo Ferreira

Declaração

Declaro para o devido termo que
Henrique Eduardo Ferreira, por
tira de colisão com moto
em 07/04/17 sendo atendido
inicialmente no Hospital munic-
pal de Nova Cruz e encaminhado
depois para Hospital Wolfredo
Singer por motivo de extre-
maidade proximal da tibia. Onde
realizou procedimento
cirurgico e alta hospitalar
com 14 dias. Recebeu tratamento
ambulatorial e fisioterapia
mas com deformidade da
perna e limitação funcional
e com dor a deambulação.

27/03/17

Dra. Tereza O. L. Siqueira
MÉDICA
CRM/RN 8302





Carta Médico

Atendi o paciente Henrique Eduardo Figueira, portador de traumatismo crânio-cerebral de natureza luxação exposta de tornozelo. Há 12 dias, já consolidado, tendo como sequelas artrose tíbio-femoral, comando limitação funcional

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fone: (84) 3133-4200 - CEP 59022-020 - Tirol - Natal/RN





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ, CLIVIS CARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 14336 /2017
Admissão: 07/04/2017 19:29:47

CIRURGIA GERAL - SEM CLASSIFICAÇÃO

Paciente: **13438 - HENRIQUE EDUARDO FERREIRA** (30 a 1 m 13 d)
Nascimento: 22/02/1987 Natural: SANTO ANTONIO, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 160101510400000 CPF: Prof: Pat: JOSE LUIZ FERREIRA
Mãe: MARIA ROSA RODRIGUES
Logradouro: ZILDA LISBOA ARRUDA CAMARA, 211
CEP: 59215000 Bairro: SANTA LUZIA Cidade: NOVA CRUZ
Telefone: 84.991913172 Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISAO
Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: NÃO REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 07/04/2017 19:10:01				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
14:00			98%		20	108		15	

HISTORIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO/MOTO/CARRO/LUXAÇÃO MID/+ESMAGAMENTO DO TECIDO MID

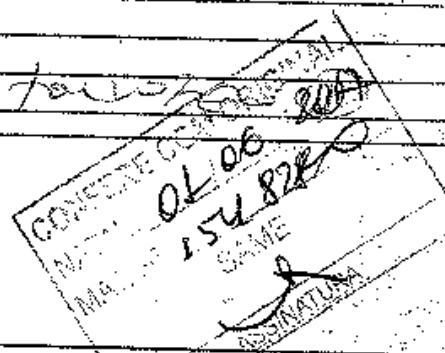
Hora:

Preferiu vir no Hospital
Carro x moto no estacionamento (não caiu)
com fratura exposta no tornozelo
do direito

EXAME FISICO (PRIMÁRIO)

A Vt normal, auscultar normal
B Exame físico normal
C Pulso normal
D TCC = 15. Pso /
E Ferimento exposto no tornozelo

OUTRAS OBSERVAÇÕES:



DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Fratura exposta do tornozelo

*Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ. Impresso em 07 de Abril de 2017.



14/04/77 - Atendimento por um acidente. Atendimento realizado
para atendimento de um acidente. Atendimento realizado.

Dr. Marco Antônio de Abreu
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5.976

15/04/77 - Atendimento por um acidente. Atendimento realizado.

Dr. Marco Antônio de Abreu

Dr. Marco Antônio de Abreu
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5.976

16/04/77 - Atendimento por um acidente. Atendimento realizado.

Dr. Marco Antônio de Abreu

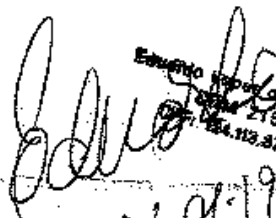
Dr. Marco Antônio de Abreu
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5.976

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



à deambulação e as esferas
fólicas exantemais. Já não há
tratamento atual, nem
reabilitação para outra fun-
ção.

CID - S82.1


Eduardo Roberto de Santana
CPF: 2168
CPF: 24.113.374-36
16.01.19



**GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE**Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho**FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL****Identificação**

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 07/10/2017 Alta: _____
Nome: Henrique Eduardo Ferreira Naturalidade: Santa Antônio
Idade: 30 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 22/10/1987
RG: 602.556.292 Estado Civil: Desolto Nível de Instrução: E. médio
Filiação: Pai: José Luiz Ferreira
Mãe: Elisângela Rosa Rodrigues
Endereço: R. Zoloto, Ladeira Amada, Carnaúba, Santa Luzia
Cidade: Nova Cruz
Telefone: 99191-3172 () Residência () Trabalho () Recado
Contato: _____ Outros telefones: 99147-7601
Composição familiar: Paciente ferido com esposa e dois filhos
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Ajudante de pedreiro Trabalho ou vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPS () SAD
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública () Outros meios _____
(x) Encaminhado: Hospital de origem: Nova Cruz

Crêditos para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Doutor Sebastião Pedro Ferreira
Parentesco: Esposa Telefone: 99191-3172
Endereço do Responsável: o mesmo

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições nutricionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente ass. encalhado da internação por vítima de acidente de
trânsito, acompanhado pela esposa. Orientado quanto às normas
gerais e solicitados as cópias dos documentos. S. Cruz

Saída

Óbito: Encaminhamento: IEP () SVO () DO () Obs. _____
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____

Atenção: O enfermeiro, no âmbito hospitalar, constitui-se a unidade para o atendimento e solução em situações de emergência, urgência, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as normas técnicas e éticas e a legislação para o exercício da profissão e a pesquisa em saúde e de alta qualidade e humanizada.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RELATORIO DE
HISTORIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICONome Henrique Eduardo Ferraz

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

Hora:

07/04/17 - atendida

paciente admitida no CE na 1ª
exposta do tórax 1. Feito procedimento
de urgência

10/04/17 - Pac. evoluindo bem.2ª cirurgia - FO para sangramento

[Signature]
Dr. Rodrigo Cabral
Ortopedista
CRM 6046/5307 14525

12/04/17

[Signature]
for in m

[Signature]
Dr. Rodrigo Cabral
Ortopedista
CRM 6046/5307 14525

[Signature]
Dr. Gentil Fernandes de A. Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5647

19/04/17 Acret
N/A

Notas: O presente, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, serviços de urgência, em especial de trauma, de acordo com as normas técnicas
clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

NOTICE: A RENTAL POLICY BEING USED TO DETERMINE THE DIVERSITY OF THE COMPANY'S EMPLOYEES.

EX-102 90 TO

~~SECRET LOSS/NO DISSEM~~
~~expedient~~
~~no exp. info to be used~~

02/04 - Pot. estado de, 4


Advers

George Thompson's Colorado Tour

EXAMENES COMPLEMENTARES

GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sathia



 <p>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Waldemar Gonçalves Pronto-Socorro Clóvis Sarinho</p>		<p>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIN</p>	
<p>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</p>			
<p>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</p>			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
<p>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</p>			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - MARCULINO	
11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - CEP	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº)		14 - CID INICIAL	
15 - CID SECUNDÁRIO		16 - CID Terciário	
<p>LAUDO TÉCNICO JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</p>			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
21 - CID INICIAL			
22 - CID SECUNDÁRIO			
23 - LAUDOS ASSOCIADOS			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - LEITO / CLÍNICA			
27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO			
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
29 - DT SOLICITAÇÃO			
30 - CNES / CPF			
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)			
<p>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</p>			
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		33 - CNES DA SEGURADORA	
34 - () CID. TRABALHO TÍPICO		35 - CNES	
36 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		37 - CNES	
38 - CID PRINCIPAL		39 - CID SECUNDÁRIO	
40 - CID Terciário		41 - CID QUATRO	
42 - CID QUINTO		43 - CID SEIS	
44 - CID SETE		45 - CID OITO	
46 - CID NOVE		47 - CID DEZ	
48 - CID ONZE		49 - CID DOZE	
50 - CID TREZE		51 - CID QUATORZE	
52 - CID QUINZE		53 - CID DEZESSEIS	
54 - CID DEZESSETE		55 - CID DEZOITO	
56 - CID DEZENOVE		57 - CID Vinte	
58 - CID Vinte e um		59 - CID Vinte e dois	
60 - CID Vinte e três		61 - CID Vinte e quatro	
62 - CID Vinte e cinco		63 - CID Vinte e seis	
64 - CID Vinte e sete		65 - CID Vinte e oito	
66 - CID Vinte e nove		67 - CID Trinta	
68 - CID Trinta e um		69 - CID Trinta e dois	
70 - CID Trinta e três		71 - CID Trinta e quatro	
72 - CID Trinta e cinco		73 - CID Trinta e seis	
74 - CID Trinta e sete		75 - CID Trinta e oito	
76 - CID Trinta e nove		77 - CID Quarenta	
78 - CID Quarenta e um		79 - CID Quarenta e dois	
80 - CID Quarenta e três		81 - CID Quarenta e quatro	
82 - CID Quarenta e cinco		83 - CID Quarenta e seis	
84 - CID Quarenta e sete		85 - CID Quarenta e oito	
86 - CID Quarenta e nove		87 - CID Cinquenta	
88 - CID Cinquenta e um		89 - CID Cinquenta e dois	
90 - CID Cinquenta e três		91 - CID Cinquenta e quatro	
92 - CID Cinquenta e cinco		93 - CID Cinquenta e seis	
94 - CID Cinquenta e sete		95 - CID Cinquenta e oito	
96 - CID Cinquenta e nove		97 - CID Sesenta	
98 - CID Sesenta e um		99 - CID Sesenta e dois	
100 - CID Sesenta e três		101 - CID Sesenta e quatro	
102 - CID Sesenta e cinco		103 - CID Sesenta e seis	
104 - CID Sesenta e sete		105 - CID Sesenta e oito	
106 - CID Sesenta e nove		107 - CID Setenta	
108 - CID Setenta e um		109 - CID Setenta e dois	
110 - CID Setenta e três		111 - CID Setenta e quatro	
112 - CID Setenta e cinco		113 - CID Setenta e seis	
114 - CID Setenta e sete		115 - CID Setenta e oito	
116 - CID Setenta e nove		117 - CID Oitenta	
118 - CID Oitenta e um		119 - CID Oitenta e dois	
120 - CID Oitenta e três		121 - CID Oitenta e quatro	
122 - CID Oitenta e cinco		123 - CID Oitenta e seis	
124 - CID Oitenta e sete		125 - CID Oitenta e oito	
126 - CID Oitenta e nove		127 - CID Noventa	
128 - CID Noventa e um		129 - CID Noventa e dois	
130 - CID Noventa e três		131 - CID Noventa e quatro	
132 - CID Noventa e cinco		133 - CID Noventa e seis	
134 - CID Noventa e sete		135 - CID Noventa e oito	
136 - CID Noventa e nove		137 - CID Cem	
138 - CID Cem e um		139 - CID Cem e dois	
140 - CID Cem e três		141 - CID Cem e quatro	
142 - CID Cem e cinco		143 - CID Cem e seis	
144 - CID Cem e sete		145 - CID Cem e oito	
146 - CID Cem e nove		147 - CID Cento e um	
148 - CID Cento e dois		149 - CID Cento e três	
150 - CID Cento e quatro		151 - CID Cento e cinco	
152 - CID Cento e seis		153 - CID Cento e sete	
154 - CID Cento e oito		155 - CID Cento e nove	
156 - CID Cento e dez		157 - CID Cento e onze	
158 - CID Cento e doze		159 - CID Cento e treze	
160 - CID Cento e quatorze		161 - CID Cento e quinze	
162 - CID Cento e dezesseis		163 - CID Cento e dezessete	
164 - CID Cento e dezoito		165 - CID Cento e dezanove	
166 - CID Cento e vinte		167 - CID Cento e vinte e um	
168 - CID Cento e vinte e dois		169 - CID Cento e vinte e três	
170 - CID Cento e vinte e quatro		171 - CID Cento e vinte e cinco	
172 - CID Cento e vinte e seis		173 - CID Cento e vinte e sete	
174 - CID Cento e vinte e oito		175 - CID Cento e vinte e nove	
176 - CID Cento e trinta		177 - CID Cento e trinta e um	
178 - CID Cento e trinta e dois		179 - CID Cento e trinta e três	
180 - CID Cento e trinta e quatro		181 - CID Cento e trinta e cinco	
182 - CID Cento e trinta e seis		183 - CID Cento e trinta e sete	
184 - CID Cento e trinta e oito		185 - CID Cento e trinta e nove	
186 - CID Cento e quarenta		187 - CID Cento e quarenta e um	
188 - CID Cento e quarenta e dois		189 - CID Cento e quarenta e três	
190 - CID Cento e quarenta e quatro		191 - CID Cento e quarenta e cinco	
192 - CID Cento e quarenta e seis		193 - CID Cento e quarenta e sete	
194 - CID Cento e quarenta e oito		195 - CID Cento e quarenta e nove	
196 - CID Cento e cinquenta		197 - CID Cento e cinquenta e um	
198 - CID Cento e cinquenta e dois		199 - CID Cento e cinquenta e três	
200 - CID Cento e cinquenta e quatro		201 - CID Cento e cinquenta e cinco	
202 - CID Cento e cinquenta e seis		203 - CID Cento e cinquenta e sete	
204 - CID Cento e cinquenta e oito		205 - CID Cento e cinquenta e nove	
206 - CID Cento e sessenta		207 - CID Cento e sessenta e um	
208 - CID Cento e sessenta e dois		209 - CID Cento e sessenta e três	
210 - CID Cento e sessenta e quatro		211 - CID Cento e sessenta e cinco	
212 - CID Cento e sessenta e seis		213 - CID Cento e sessenta e sete	
214 - CID Cento e sessenta e oito		215 - CID Cento e sessenta e nove	
216 - CID Cento e setenta		217 - CID Cento e setenta e um	
218 - CID Cento e setenta e dois		219 - CID Cento e setenta e três	
220 - CID Cento e setenta e quatro		221 - CID Cento e setenta e cinco	
222 - CID Cento e setenta e seis		223 - CID Cento e setenta e sete	
224 - CID Cento e setenta e oito		225 - CID Cento e setenta e nove	
226 - CID Cento e oitenta		227 - CID Cento e oitenta e um	
228 - CID Cento e oitenta e dois		229 - CID Cento e oitenta e três	
230 - CID Cento e oitenta e quatro		231 - CID Cento e oitenta e cinco	
232 - CID Cento e oitenta e seis		233 - CID Cento e oitenta e sete	
234 - CID Cento e oitenta e oito		235 - CID Cento e oitenta e nove	
236 - CID Cento e noventa		237 - CID Cento e noventa e um	
238 - CID Cento e noventa e dois		239 - CID Cento e noventa e três	
240 - CID Cento e noventa e quatro		241 - CID Cento e noventa e cinco	
242 - CID Cento e noventa e seis		243 - CID Cento e noventa e sete	
244 - CID Cento e noventa e oito		245 - CID Cento e noventa e nove	
246 - CID Cento e cem		247 - CID Cento e cem e um	
248 - CID Cento e cem e dois		249 - CID Cento e cem e três	
250 - CID Cento e cem e quatro		251 - CID Cento e cem e cinco	
252 - CID Cento e cem e seis		253 - CID Cento e cem e sete	
254 - CID Cento e cem e oito		255 - CID Cento e cem e nove	
256 - CID Cento e cem e dez		257 - CID Cento e cem e onze	
258 - CID Cento e cem e doze		259 - CID Cento e cem e treze	
260 - CID Cento e cem e quatorze		261 - CID Cento e cem e quinze	
262 - CID Cento e cem e dezesseis		263 - CID Cento e cem e dezessete	
264 - CID Cento e cem e dezoito		265 - CID Cento e cem e dezanove	
266 - CID Cento e cem e vinte		267 - CID Cento e cem e vinte e um	
268 - CID Cento e cem e vinte e dois		269 - CID Cento e cem e vinte e três	
270 - CID Cento e cem e vinte e quatro		271 - CID Cento e cem e vinte e cinco	
272 - CID Cento e cem e vinte e seis		273 - CID Cento e cem e vinte e sete	
274 - CID Cento e cem e vinte e oito		275 - CID Cento e cem e vinte e nove	
276 - CID Cento e cem e trinta		277 - CID Cento e cem e trinta e um	
278 - CID Cento e cem e trinta e dois		279 - CID Cento e cem e trinta e três	
280 - CID Cento e cem e trinta e quatro		281 - CID Cento e cem e trinta e cinco	
282 - CID Cento e cem e trinta e seis		283 - CID Cento e cem e trinta e sete	
284 - CID Cento e cem e trinta e oito		285 - CID Cento e cem e trinta e nove	
286 - CID Cento e cem e quarenta		287 - CID Cento e cem e quarenta e um	
288 - CID Cento e cem e quarenta e dois		289 - CID Cento e cem e quarenta e três	
290 - CID Cento e cem e quarenta e quatro		291 - CID Cento e cem e quarenta e cinco	
292 - CID Cento e cem e quarenta e seis		293 - CID Cento e cem e quarenta e sete	
294 - CID Cento e cem e quarenta e oito		295 - CID Cento e cem e quarenta e nove	
296 - CID Cento e cem e cinquenta		297 - CID Cento e cem e cinquenta e um	
298 - CID Cento e cem e cinquenta e dois		299 - CID Cento e cem e cinquenta e três	
300 - CID Cento e cem e cinquenta e quatro		301 - CID Cento e cem e cinquenta e cinco	
302 - CID Cento e cem e cinquenta e seis		303 - CID Cento e cem e cinquenta e sete	
304 - CID Cento e cem e cinquenta e oito		305 - CID Cento e cem e cinquenta e nove	
306 - CID Cento e cem e sessenta		307 - CID Cento e cem e sessenta e um	
308 - CID Cento e cem e sessenta e dois		309 - CID Cento e cem e sessenta e três	
310 - CID Cento e cem e sessenta e quatro		311 - CID Cento e cem e sessenta e cinco	
312 - CID Cento e cem e sessenta e seis		313 - CID Cento e cem e sessenta e sete	
314 - CID Cento e cem e sessenta e oito		315 - CID Cento e cem e sessenta e nove	
316 - CID Cento e cem e setenta		317 - CID Cento e cem e setenta e um	
318 - CID Cento e cem e setenta e dois		319 - CID Cento e cem e setenta e três	
320 - CID Cento e cem e setenta e quatro		321 - CID Cento e cem e setenta e cinco	
322 - CID Cento e cem e setenta e seis		323 - CID Cento e cem e setenta e sete	
324 - CID Cento e cem e setenta e oito		325 - CID Cento e cem e setenta e nove	
326 - CID Cento e cem e oitenta		327 - CID Cento e cem e oitenta e um	
328 - CID Cento e cem e oitenta e dois		329 - CID Cento e cem e oitenta e três	
330 - CID Cento e cem e oitenta e quatro		331 - CID Cento e cem e oitenta e cinco	
332 - CID Cento e cem e oitenta e seis		333 - CID Cento e cem e oitenta e sete	
334 - CID Cento e cem e oitenta e oito		335 - CID Cento e cem e oitenta e nove	
336 - CID Cento e cem e noventa		337 - CID Cento e cem e noventa e um	
338 - CID Cento e cem e noventa e dois		339 - CID Cento e cem e noventa e três	
340 - CID Cento e cem e noventa e quatro		341 - CID Cento e cem e noventa e cinco	
342 - CID Cento e cem e noventa e seis		343 - CID Cento e cem e noventa e sete	
344 - CID Cento e cem e noventa e oito		345 - CID Cento e cem e noventa e nove	
346 - CID Cento e cem e cem		347 - CID Cento e cem e cem e um	
348 - CID Cento e cem e cem e dois		349 - CID Cento e cem e cem e três	
350 - CID Cento e cem e cem e quatro		351 - CID Cento e cem e cem e cinco	
352 - CID Cento e cem e cem e seis		353 - CID Cento e cem e cem e sete	
354 - CID Cento e cem e cem e oito		355 - CID Cento e cem e cem e nove	
356 - CID Cento e cem e cem e dez		357 - CID Cento e cem e cem e onze	
358 - CID Cento e cem e cem e doze		359 - CID Cento e cem e cem e treze	
360 - CID Cento e cem e cem e quatorze		361 - CID Cento e cem e cem e quinze	
362 - CID Cento e cem e cem e dezesseis		363 - CID Cento e cem e cem e dezessete	
364 - CID Cento e cem e cem e dezoito		365 - CID Cento e cem e cem e dezanove	
366 - CID Cento e cem e cem e vinte		367 - CID Cento e cem e cem e vinte e um	
368 - CID Cento e cem e cem e vinte e dois		369 - CID Cento e cem e cem e vinte e três	
370 - CID Cento e cem e cem e vinte e quatro		371 - CID Cento e cem e cem e vinte e cinco	
372 - CID Cento e cem e cem e vinte e seis		373 - CID Cento e cem e cem e vinte e sete	
374 - CID Cento e cem e cem e vinte e oito		375 - CID Cento e cem e cem e vinte e nove	
376 - CID Cento e cem e cem e trinta		377 - CID Cento e cem e cem e trinta e um	
378 - CID Cento e cem e cem e trinta e dois		379 - CID Cento e cem e cem e trinta e três	
380 - CID Cento e cem e cem e trinta e quatro		381 - CID Cento e cem e cem e trinta e cinco	
382 - CID Cento e cem e cem e trinta e seis		383 - CID Cento e cem e cem e trinta e sete	
384 - CID Cento e cem e cem e trinta e oito		385 - CID Cento e cem e cem e trinta e nove	
386 - CID Cento e cem e cem e quarenta		387 - CID Cento e cem e cem e quarenta e um	
388 - CID Cento e cem e cem e quarenta e dois		389 - CID Cento e cem e cem e quarenta e três	
390 - CID Cento e cem e cem e quarenta e quatro		391 - CID Cento e cem e cem e quarenta e cinco	
392 - CID Cento e cem e cem e quarenta e seis		393 - CID Cento e cem e cem e quarenta e sete	
394 - CID Cento e cem e cem e quarenta e oito		395 - CID Cento e cem e cem e quarenta e nove	
396 - CID Cento e cem e cem e cinquenta		397 - CID Cento e cem e cem e cinquenta e um	
398 - CID Cento e cem e cem e cinquenta e dois		399 - CID Cento e cem e cem e cinquenta e três	
400 - CID Cento e cem e cem e cinquenta e quatro		401 - CID Cento e cem e cem e cinquenta e cinco	
402 - CID Cento e cem e cem e cinquenta e seis		403 - CID Cento e cem e cem e cinquenta e sete	
404 - CID Cento e cem e cem e cinquenta e oito		405 - CID Cento e cem e cem e cinquenta e nove	
406 - CID Cento e cem e cem e sessenta		407 - CID Cento e cem e cem e sessenta e um	
408 - CID Cento e cem e cem e sessenta e dois		409 - CID Cento e cem e cem e sessenta e três	
410 - CID Cento e cem e cem e sessenta e quatro		411 - CID Cento e cem e cem e sessenta e cinco	
412 - CID Cento e cem e cem e sessenta e seis		413 - CID Cento e cem e cem e sessenta e sete	
414 - CID Cento e cem e cem e sessenta e oito		415 - CID Cento e cem e cem e sessenta e nove	
416 - CID Cento e cem e cem e setenta		417 - CID Cento e cem e cem e setenta e um	
418 - CID Cento e cem e cem e setenta e dois		419 - CID Cento e cem e cem e setenta e três	
420 - CID Cento e cem e cem e setenta e quatro		421 - CID Cento e cem e cem e setenta e cinco	
422 - CID Cento e cem e cem e setenta e seis		423 - CID Cento e cem e cem e setenta e sete	
424 - CID Cento e cem e cem e setenta e oito		425 - CID Cento e cem e cem e setenta e nove	
426 - CID Cento e cem e cem e oitenta		427 - CID Cento e cem e cem e oitenta e um	
428 - CID Cento e cem e cem e oitenta e dois		429 - CID Cento e cem e cem e oitenta e três	
430 - CID Cento e cem e cem e oitenta e quatro		431 - CID Cento e cem e cem e oitenta e cinco	
432 - CID Cento e cem e cem e oitenta e seis		433 - CID Cento e cem e cem e oitenta e sete	
434 - CID Cento e cem e cem e oitenta e oito		435 - CID Cento e cem e cem e oitenta e nove	
436 - CID Cento e cem e cem e noventa		437 - CID Cento e cem e cem e noventa e um	
438 - CID Cento e cem e cem e noventa e dois		439 - CID Cento e cem e cem e noventa e três	
440 - CID Cento e cem e cem e noventa e quatro		441 - CID Cento e cem e cem e noventa e cinco	
442 - CID Cento e cem e cem e noventa e seis		443 - CID Cento e cem e cem e noventa e sete	
444 - CID Cento e cem e cem e noventa e oito		445 - CID Cento e cem e cem e noventa e nove	
446 - CID Cento e cem e cem e cem		447 - CID Cento e cem e cem e cem e um	
448 - CID Cento e cem e cem e cem e dois		449 - CID Cento e cem e cem e cem e três	
450 - CID Cento e cem e cem e cem e quatro		451 - CID Cento e cem e cem e cem e cinco	
452 - CID Cento e cem e cem e cem e seis		453 - CID Cento e cem e cem e cem e sete	
454 - CID Cento e cem e cem e cem e oito		455 - CID Cento e cem e cem e cem e nove	
456 - CID Cento e cem e cem e cem e dez		457 - CID Cento e cem e cem e cem e onze	
458 - CID Cento e cem e cem e cem e doze		459 - CID Cento e cem e cem e cem e treze	
460 - CID Cento e cem e cem e cem e quatorze		461 - CID Cento e cem e cem e cem e quinze	
462 - CID Cento e cem e cem e cem e dezesseis		463 - CID Cento e cem e cem e cem e dezessete	
464 - CID Cento e cem e cem e cem e dezoito		465 - CID Cento e cem e cem e cem e dezanove	
466 - CID Cento e cem e cem e cem e vinte		467 - CID Cento e cem e cem e cem e vinte e um	
468 - CID Cento e cem e cem e cem e vinte e dois		469 - CID Cento e cem e cem e cem e vinte e três	
470 - CID Cento e cem e cem e cem e vinte e quatro		471 - CID Cento e cem e cem e cem e vinte e cinco	
472 - CID Cento e cem e cem e cem e vinte e seis		473 - CID Cento e cem e cem e cem e vinte e sete	
474 - CID Cento e cem e cem e cem e vinte e oito		475 - CID Cento e cem e cem e cem e vinte e nove	
476 - CID Cento e cem e cem e cem e trinta		477 - CID Cento e cem e cem e cem e trinta e um	
478 - CID Cento e cem e cem e cem e trinta e dois		479 - CID Cento e cem e cem e cem e trinta e três	
480 - CID Cento e cem e cem e cem e trinta e quatro		481 - CID Cento e cem e cem e cem e trinta e cinco	
482 - CID Cento e cem e cem e cem e trinta e seis		483 - CID Cento e cem e cem e cem e trinta e sete	
484 - CID Cento e cem e cem e cem e trinta e oito		485 - CID Cento e cem e cem e cem e trinta e nove	



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA
Convênio: SUS ESTADUAL
Unidade: POSTO I
Leito: ENFERMARIA 111-B
Admissão: 16/04/17 20:07
Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais

Idade: 30 anos
Reg.: 120678
Prontuário:
1 dia(s) de internação

17/04/2017 19:01

	Horários de Aplicação	2156
1) DIETA LIVRE, Conforme SND	(SND)	
2) DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	22:00 06:00 14:00	
3) TRAMADOL, CLORIDRATO 50 MG COM (TRAMAL) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	22:00 06:00 14:00	
4) RANITIDINA 150MG COM (ANTAK) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	22:00 14:00	
5) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG); 06 em 06 horas	(RQTINA)	

Eduardo

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 5791
Tiroi 59.023-020 Natal / RN
Conferir com original
Em, ____/____/____

Pixeon - 17/04/2017 13:54 (U246/ASSIST.744) / (DWO:69)





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fons: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@votoxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 18/04/2017 20:14

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Registro: 120678

Num. RG: 2886292

CPF: 072.842.886-40 Nascimento: 22/02/1987 30 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Casado(a)

Endereço: **RUA ZILDA LISBOA ARRUDA CAMARA**

N.: 51

Bairro: **SANTA LUZIA**

Cidade: **NOVA CRUZ**

UF: **RN**

CEP: 59215000

Fons: 08499195245

Profissão: **SERVENTE DE PEDREIRO**

Mãe: **MARIA ROSA RODRIGUES**

Num. Internamento: 1

Entrada: 18/04/2017 20:07 Previsão saída: 18/04/2017 11:00 Atendente: FRANCISCAR

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: 160101510400000

Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA**

CRM: 2156

ENFERMARIA 111-B

Responsável: **DAIANA SALUSTINO PEDRO FERREIRA**

CPF: 020.121.784-96

RG: 2886080

Parentesco: **ESPOSA**

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Assinatura: [] Paciente ☒ [X] Responsável

Daiana Salustino Pedro Ferreira

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal - RN
Confere.com original
Enf. 24045

Observações:

PACIENTE ACOMPANHANDO AIH + RAIO-X (3 películas)

MedicWare

Página 1 / 1





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA Idade: 30 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg: 120678 Prontuário:
Unidade: POSTO I
Leito: ENFERMARIA 111-B
Admissão: 16/04/17 20:07 3 dia(s) de internação
Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais

19/04/2017 10:37

Horários de Aplicação

2158

1) ALTA HOSPITALAR, A Tarde

2) *diagnóstico de sup + osteo artrose de coluna e art. 6/6/6*
de dor *Eduardo* *U: 30 08:00*

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

** verificar se tem alergia a sulfamida*
antes de administrar

Tranex 100mg / 2ml - 01ap + 100 - 5x0,8v
2v

02-15
FERNANDA
Flora Linhares
CRM 2156

Fernanda Christina Flor Linhares
ME DICI
CRM 2156

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 9791
Tirol 59.022-920 Natal / RN
Confere com original
Em,

Pixeon - 19/04/2017 20:51 (U384/ASSIST.744) / (DWO:69)

Página: 1 / 1





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA Idade: 30 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 120478 Prontuário:
Unidade: POSTO I
Leito: ENFERMARIA 111-B
Admissão: 16/04/17 20:07 0 dia(s) de internação
Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais c

16/04/2017 20:42

		Horários de Aplicação	4943
1) DIETA LIVRE, Conforme SND	DO	(SND)	
2) DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	DO	08:00, 16:00, 24:00	
3) TRAMADOL, CLORIDRATO 50 MG COM (TRAMAL) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	DO	08:00, 16:00, 24:00	
4) RANITIDINA 150MG COM (ANTAKI) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	DO	10:00	
5) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	DO	(ROTINA)	

Dr. HERMANN COSTA GOMES
CRM - 4943

Exames Solicitados:

- 1) HEMOGRAMA COMPLETO
- 2) TEMPO DE PROTROMBINA
- 3) TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

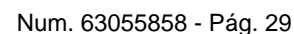
HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 878
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em, ____/____/____

21xeon - 16/04/2017 21:35 (U378/ASSIST.744) / (DWO:00)

Página: 1 / 1



Missão: Cuidar, no âmbito hospitalar, mantendo a saúde para assegurar a obtenção de competências básicas, científicas, técnicas e humanas, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde e a promoção de ações e faz dos valores de uma instituição.





Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Nascimento: **22/02/1987** 30 anos Data Internação: **16/04/2017 20:07:51**

Registro: **120678** Nº Internação: **1**

Leito: **ENFERMARIA 111-B**

OBSERVAÇÕES GERAIS

22:00H FOI MEDICADO COM VOLTAREN 50MG 01 COMP. VO. E TRAMAL 50MG 01 COMP. VO. E ANTAK 150MG 01 COMP. VO.

06:00H FOI MEDICADO COM VOLTAREN 50MG 01 COMP. VO. E TRAMAL 50MG 01 COMP. VO. DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Colmison

17/04/2017
COREN - 431727

EDMILSON BASILIO DO NASCIMENTO

ESTADO GERAL

Higiene
Com auxílio
Respiração
O2 Ambiente
Deambulação
Com auxílio

Corado

Acianótico

Eliminac. Vesical: **ESPONTANEA**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **130 X 70**

ACESSO VENOSO

Pulso: **80**

Temperatura: **36,4** °C

Eliminac. Intestinal:

Respiração: **20**

DIETA

Oral

Obs:

Alceta Total

Saturação O2:

Glicose no sangue:

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE NO PRÉ OPERATORIO DE FRATURA DO TORNOZELO DIREITO. CONSCIENTE, ORIENTADO, DIETA POR VO. REALIZADO BANHO NO LEITO. DIURSE ESPONTANEA. AGUARDA PROGRAMAR CIRURGIA. AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

17/04/2017 10:17:15

COREN - 265724

DANIEL HILARIO DE OLIVEIRA

Daniel

OBSERVAÇÕES GERAIS

10:00 ADM ANTAK 150 MG VO

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em, _____

17/04/2017
COREN - 265724

DANIEL HILARIO DE OLIVEIRA

Daniel





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1229

hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO

Dados do Paciente

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Registro: **120678** Nº Internação: **1**

Nascimento: **22/02/1987** 30 anos

Data Internação: **16/04/2017 20:07:51**

Acompanhante:

Parentesco:

PROCEDÊNCIA

PACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR PROCEDENTE DO HMWG PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FRATURA DO TORNOZELO DIREITO AOS CUIDADOS DO DR. EDUARDO.

ESTADO GERAL

☒ Consciente
☐ Inconsciente

☒ Responsivo
☐ Sonolento

☒ Corado
☐ Hipócorado

☐ Cianótico
☒ Acianótico

Respiração

Observações:

☒ O2 Ambiente

Máscara de Venturi

Higiene

☒ Com Auxílio

☒ Sem Auxílio

Observações:

Deambulação

☒ Com Auxílio

Sem Auxílio

Restrito ao leito

Observações:
DE MOLETAS

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial: **130X70 MMHG**

Pulso: **78**

Temperatura: **36,5°C**

Respiração: **20**

ANAMNESE

Doenças Clínicas:
GASTRITE

Uso de Medicamentos:
OMEPRAZOL 40MG

Alergias Medicamentosas:
DESCONHECE

Integridade da Pele

ACESSO VENOSO

Tipo: **AVP**

Hiperemia Dor Edema Temperatura:

Local: **MSE**

Tempo:

DIETA

Tipo: ☒ Oral

Sonda Nasogástrica

Sonda Nadoenteral

☒ Aceita

Aceita Parcial

Não Aceita

Observações:

DIURESE

Sonda:

Espontâneo: **SIM**

Observações Gerais:

PACIENTE DE 30 ANOS SEGUE NO PRÉ OPERATORIO DE FRATURA DO TORNOZELO DIREITO. FOI MEDICADO DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MÉDICA. AGUARDA PROGRAMAR CIRURGIA.

Documentação e Exames:

03 PELICULAS DE RX. + PRONTUÁRIO.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-920 Natal / RN
Confere com original
Em, ____/____/____

16/04/2017 20:52:47
COREN - 431727

EDMILSON BASILIO DO NASCIMENTO





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

Idade: 30 anos

Convênio: SUS ESTADUAL

Reg.: 120678

Prontuário:

Unidade: POSTO I

Leito: ENFERMARIA 111-B

Admissão: 16/04/17 20:07

2 dia(s) de internação

Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais

16/04/2017 18:00		Horários de Aplicação	2166
1)	DIETA LIVRE, Ao dia	(SND)	
2)	SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML Uso: 03 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	(SND) 16:00: 00:00: 08:00:	
3)	CEFALOTINA SODICA 1G (KEFAZOL) Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	16:00: 00:00: 08:00:	
4)	TRAMADOL CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	16:00: 00:00: 08:00:	
5)	RANITIDINA 150MG COM (ANTAK) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	18:00: 06:00: 06:00:	
6)	DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABC	18:00: 00:00: 06:00:	
7)	METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	(SR) 22:00	
8)	RIVAROXABANA 10MG COM (XARELTO) Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.	(T) M	
9)	SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG) 08 em 08 horas	(H) Sala	
10)	CURATIVO, Ao dia	(SR)	
11)	SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário		

Eduardo

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2158

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartina, 879
Tírol 59.922-920 Natal / RN
Confere com original
Em, / /

Página: 1 / 1

Pixeon - 18/04/2017 14:53 (U301/ASSIST.744) / (DWO:69)





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Formação
Ad CC

Paciente: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA Idade: 30 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 120878 Prontuário:
Unidade: POSTO I
Leito: ENFERMARIA 111-B
Admissão: 16/04/17 20:07 2 dia(s) de internação
Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais

16/04/2017 13:10	Horários de Aplicação	2158
1) DISTA LIVRE, Ao dia	(SND)	
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	(500) 500 500	
3) CEFAZOLINA SODICA 1G (KEFAZOL) Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	16:00 00:00 08:00	
4) TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (PRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	16:00 00:00 08:00	
5) RANITIDINA 150MG COM (ANTAK) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	16:00 06:00	
6) DIFENON 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ASD	16:00 00:00 06:00 12:00	
7) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	(SW)	
8) RIVAROXABANA 10MG COM (XARELTO) Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.	22:00	
9) SINAIS VITAIS (SSVV + COGG), 08 em 08 horas	(T N M)	
10) CURATIVO, Ao dia	(M)	
11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	(SK)	

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2158

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamarline, 8781
Tírol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em, ____/____/____





Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Registro: **120678** Nº Internação: **1**

Nascimento: **22/02/1987** 30 anos Data Internação: **16/04/2017 20:07:51** Leito: **ENFERMARIA 111-B**

OBSERVAÇÕES GERAIS

AS 22H E 06H ADM 1 COMP DICLOFENACO 50MG POR VIA ORAL

AS 22 E 08H ADM 1 COMP TRAMAL 50MG POR VIA ORAL

AS 22H ADM 1 COMP RANITIDINA 150MG POR VIA ORAL

Francisca Gorete Henrique Gomes

16/04/2017
COREN - 971218

FRANCISCA GORETE HENRIQUE GOMES

ESTADO GERAL

Higiene

Respiração

Deambulação

Corado

Aclimatação

Eliminac. Vesicais: **ESPONTANEA**

SINAIS VITAIS:

Pres. Arterial: **130 X 80**

Pulso: **80**

Temperatura: **36,2** °C

Eliminac. Intestinais:

Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Obs:

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE NO PRÉ OPERATORIO DE FRATURA DO TORMOZELO DIREITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, DIETA POR VO, DIURESE ESPONTANEA, REALIZADO BANHO NO LEITO, ADS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

16/04/2017 11:04:57

COREN - 265724

DANIEL HILARIO DE OLIVEIRA

Daniel

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE ENCAMINHADO AO C.C ACOMPANHADO DO MAQUEIRO E FAMILIAR. 00002. PELICULAS DE RX. EXAMES LAB.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 9791
Tirol 59.023-020 Natal / RN
Confere com original
Em, / /

16/04/2017
COREN - 1157883

DAYANA DE ARAUJO SILVA

Memorial

Página 1 / 1



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 23/11/2020 14:48:29

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112314482922400000060453040>

Número do documento: 20112314482922400000060453040

Num. 63055858 - Pág. 34



Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Nascimento: **22/02/1987** 30 anos Data Internação: **16/04/2017 20:07:51** Registro: **120678** Nº Internação: **1**
Leito: **ENFERMARIA 111-B**

OBSERVAÇÕES GERAIS

22:00 HS ADMINISTRADO RIVAROXABANA 10MG 1 COMP VO
24:00 HS ADMINISTRADO CEFAZOLINA 1 FRASCO + ABD EV USADO SERINGA DE 10 CC
24:00 HS ADMINISTRADO TRAMADOL 100MG 1 AMP + 100ML DE SF EV USADO SERINGA DE 5 CC
24:00 HS ADMINISTRADO DAPIRONA 1 AMP + ABD EV USADO SERINGA DE 10 CC
09:00 HS ADMINISTRADO ANTAK 150MG 1 COMP VO
08:00 HS ADMINISTRADO DAPIRONA 1 AMP + ABD EV USADO SERINGA DE 10 CC

19/04/2017
COREN - 24888
EDNALDO BERNARDO DA SILVA

ESTADO GERAL

Higiene
Com auxílio
Respiração
Máscara de Ventura
Coração
Desambulação
Acionótico
Com auxílio

Eliminac. Vesicais: **ESPONTANEA**

Eliminac. Intestinais:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **139 X 79** Pulso: **78** Temperatura: **36,4** °C Respiração: Saturação O2: Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA
Oral
Obs:

Alceta Total

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE COM EGR NO PDI DE FRATURA DE TORNOZELO + TALA GESSADA AFEBRIL
CONSCIENTE ORIENTADO NA HV POR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO EM O' AMBIENTE
DIETA ORAL, REALIZADO BANHO NO LEITO, DIURESE ESPONTANEA EM USO DE ANT.
CEFAZOLINA MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA SEGUE AOS CUIDADOS DA
ENFERMAGEM

19/04/2017 11:25:31

COREN - 365724
DANIEL HILARIO DE OLIVEIRA

OBSERVAÇÕES GERAIS

08:00 ADM KEFAZOL 1 FA + ABD EV
08:00 ADM TRAMAL 1 AMP + 100 DE SF EV
12:00 ADM DAPIRONA 1 AMP + ABD EV

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em: _____

19/04/2017
COREN - 265724
DANIEL HILARIO DE OLIVEIRA

Medicamento

Página 1 / 1





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 16/04/2017 20:14

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA** Registro: 120678
Num. RG: **2556282** CPF: **072.842.884-40** Nascimento: **22/02/1987** 30 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Casado(a)**
Endereço: **RUA ZILDA LISBOA ARRUDA CAMARA** N.: **51** Bairro: **SANTA LUZIA**
Cidade: **NOVA CRUZ** UF: **RN** CEP: **59215000** Fone: **0849919524**
Profissão: **SERVENTE DE PEDREIRO** Mãe: **MARIA ROSA RODRIGUES**

Num. Internamento: **1** Entrada: **16/04/2017 20:07** Previsão saída: **16/04/2017 11:00** Atendente: **FRANCISCAR**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **160101510400000**
Médico: **DR. EDUARDO LOPES DE SANTANA** CRM: **2156** **ENFERMARIA 111-B**

Responsável: **DAIANA SALUSTINO PEDRO FERREIRA** CPF: **090.121.754-90** RG: **2858680**
Parentesco: **ESPOSA**

- 1 - Autorizo o(a) **DR. EDUARDO LOPES DE SANTANA**, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia:
- 2 - O(A) **DR. EDUARDO LOPES DE SANTANA**, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- 3 - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização:

Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [] Paciente ☒ Responsável

Daiana Salustino Pedro Ferreira

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

DR. EDUARDO LOPES DE SANTANA - CRM 2156

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em, ____/____/____

MedicWare

Página 1 / 1





Hospital Memorial de Natal.
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO

Dados do Paciente

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Registro: **120678** Nº Internação: **1**

Nascimento: **23/02/1987** 30 anos Data internação: **16/04/2017 20:07:51**

Leito: **ENFERMARIA 111-B**

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: **Alerta**

ASPECTO GERAL

X - Ac. Venoso

X - Acianótico

Observações:

Pálido

Tremores

Vômitos

Sudorese

Diurese: Ausente

FERIDA OPERATÓRIA

Cicatrizes

Sangramento

Drenos

Fixadores

X - Tala

Tração

Edema

Hematomas

Queixas do Paciente:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120** X **80**

Pulso: **74**

Temperatura: **36,7** °C

Respiração: **18**

Observações:

RAIO X

Observações QTD

Pré: **02 PELICULAS DE RX I**

Pos: **01 PELICULA DE RX D**

Observações Gerais:

PACIENTE RETONOU DO CC EM POI DE FRATURA DE TIBIA D + TALA H.V EM MSE COMUNICADO AO SETOR DA NUTRIÇÃO COM ESQUERMA DE ATB/CEFAZOLINA 01G DE 8H/VERIFICADO 8SVV SEM ALTERAÇÕES ADMINIS. MEDICAMENTOS DE

16/04/2017 18:35:39

COREN - 199686

VIVIANE NUNES DA SILVA

OBSERVAÇÕES GERAIS

16:00H FOI ADMINIS. CEFALOXINA 01 G D1 FRASCO + 10 ASD IV

16:00H FOI ADMINIS. TRAMAL 100 MG D1 AMP + 100 SF 05% IV

18:00H FOI ADMINIS. ANTAK 150 MG V.O

18:00H FOI ADMINIS. DIFENHIDRAMINA 500 MG D1 AMP + 10 ASD IV

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbito Dorsal

Coração

Acianótico

Higiene
Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Com auxílio

Eliminação Viscerais

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120** X **70**

Pulso: **80**

Temperatura: **36,7** °C

Respiração: **20**

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Obs:

Aceita Total

Observações Gerais:

PACIENTE COM EGR NO POI DE FRATURA DE TORNOMELO + TALA GESSADA AFEBRIL CONSCIENTE ORIENTADO NA HV POR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO EM O2 AMBIENTE DIETA ORAL DIURESE ESPONTÂNEA EM USO DE ATB/CEFAZOLINA MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM

16/04/2017 20:06:37

COREN - 24988

EDNALDO BERNARDO DA SILVA

Reservado 16/04/2017 06:01 (U018/ASSIST.744)

Página: 1/1





Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 879 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1226
hmemorial@velocemail.com.br

REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Registro do Paciente

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Registro: **120678** Nº Internação: **1**

Nascimento: **22/02/1987** 30 anos Data Internação: **16/04/2017 20:07:51** Leito: **ENFERMARIA 111-B**

ESTADO GERAL

Alerta

Higiene

Com auxílio

Decubito Dorsal

Respiração

O2 Ambiente

Corado

Deambulação

Aclanótico

Restrito ao leito

Eliminac.Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac.Intestinais:

SINAIS VITAIS

Pres.Arterial: **120 X 80** Pulso: **80** Temperatura: **36,6** °C Respiração: **20** Saturação O2: Glucose no sangue:

ACESSO VÉNUO

DIETA

Oral

Alcalia Total

H.V EM MSE

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

**PACIENTE EM POS OPERATORIO DE FRATURA DE TIBIA D + TALA H.V EM MSE VERIFICADO
SSV SEM ALTERACOES SEGUE NO LEITO DE ALTA HOSPITALAR A ESPERA DE TRANSPORTE**

23/04/2017 18:20:00

COREN - 186638
VIVIANE NUNES DA SILVA

Viviane

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE SAIU D ALTA HOSPITALAR

Larissa Regina

26/04/2017
COREN - 618233

LARISSA REGINA RODRIGUES FERREIRA DA SILVA

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 879
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em, ____/____/____



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 002.556.292 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/06/2017

NOME HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

FILIAÇÃO JOSE LUIZ FERREIRA
MARIA ROSA RODRIGUES

NATURALIDADE SANTO ANTONIO - RN DATA DE NASCIMENTO 22/02/1987

DOC. ORIGINAL CERT. DE CASAMENTO 1-8-21 F-200 RS-3934
NOVA CRUZ RN-2 CARTÓRIO

072.042.664-40 2ª VIA

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.119 DE 28/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE PERÍCIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

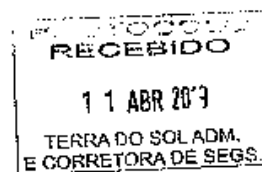
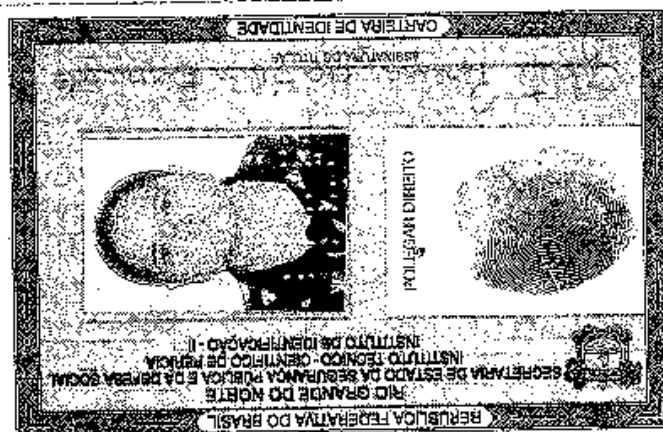
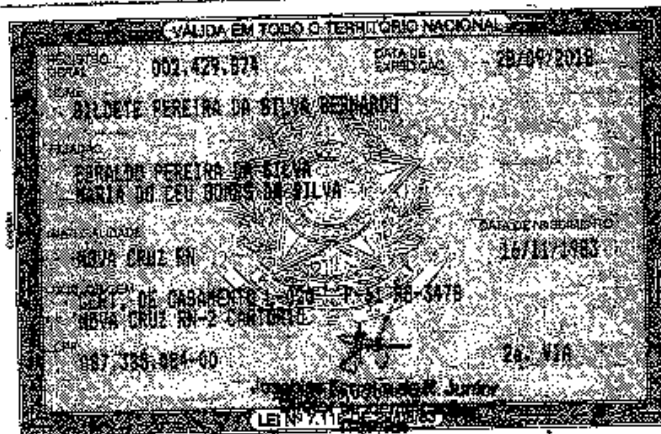
CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROTÓCOLO
RECEBIDO

11 ABR 2013

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11068 // 00573 Nº 013710053322
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01109755938 RUA/TC ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
HENRIQUE EDUARDO PEREIRA

CPF/CNPJ 072.842.864-40 PLACA QG00191

PLACA ANT./UF QG00191/RN CHASSI SCFMD410058009793

ESPECÍFICO PASSAGEIRO/MOTO/CICLISTA/MAC. APLICAVE COMBUSTÍVEL ALCOOL-GASOL

MARCA/MODELO HONDA/XRE 190 ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP/POT/OIL SCV/164 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR/PREDOMINANTE PRATA

COTA ÚNICA R\$ 0,00 VENC. COTA ÚNICA 03/03/2018 1º PAGO

PARCELA ÚNICA R\$ 0,00 PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) *** TAXAS DETRAN: PAGO OF (R\$) *** PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: MD410058009793

NOVA CRUZ/RN 09/03/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEIC
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013710053322 - BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORAIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1804

VIA 1 COD. RENAVAM 01109755938 RUA/TC ***** EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 05/03/2018

CPF/CNPJ 072.842.864-40 PLACA QG00191

RENAM 01109755938 MARCA/MODELO HONDA/XRE 190

ANO FAB. 2015 CAT. TERC. 9 N° CHASSI SCFMD410058009793

PREMIO TARIFARIO

INS. (R\$) DES. ATEN. (R\$) CUSO DO SEGURO

CUSTO DO BILHETE (R\$) OF (R\$) TOTAL DO SEGURO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE COTAÇÃO

SEGUROADORA LIDER DPVAT

CNPJ 08.832.825/0001-04

PROTOCOLO
RECEBIDO
11 ABR 2018
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190272337 **Cidade:** Nova Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA **Data do acidente:** 07/04/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO MODERADA DA MOBILIDADE DE INVERSÃO DE TORNOZELO DIREITO, FERIDAS OPERATÓRIAS CICATRIZADAS NA REGIÃO DO TORNOZELO DIREITO, LIMITAÇÃO PARA EXTENSÃO (10°) E PARA FLEXÃO (10°) DO TORNOZELO DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE À DIREITA.

Resultados terapêuticos: RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/04/2019

Conduta mantida:

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



DECLARAÇÃO

Eu Henrique Eduardo Ferreira portador

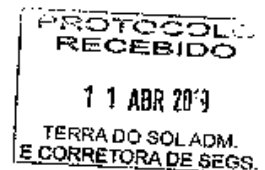
RG: 002.556.292 SSP/RN CPF: 072.842.864-40, reclamante do SEGURO DPVAT, venho através dessa declaração informar e comunicar que não tenho mas nenhuma documentação Médica Hospitalar, só a que já consta no pleito do meu processo que são a

entrada Hospital Municipal Monsenhor Pedro Maura
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel

Que demonstra e menciona as sequelas que tenho e as dificuldades que fiquei devido ao acidente de Trânsito no dia 07 / 04 / 17, por isso peço a análise da minha documentação, no qual estou precisando e necessitando, da indenização para ajuda nas lesões sofridas, no qual ainda estou com sequelas pois em verdade só possuo essa documentação médica, e que não tenho mas nenhum tipo de documentação a mais hospitalar só a que está no pleito do meu processo.

NOVA CRUZ/RN 27 DE Março DE 2019

Henrique Eduardo Ferreira



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Henrique Eduardo Ferreira, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: Servente, Data do Acidente 07.04.2017
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 002.556.292, órgão expedidor
____ e do CPF: 072.842.864-40 residente no(a)
Zilda Lisboa Araujo Camara nº 51,
bairro: Santa Luzia, município: Nova Cruz, RN.

OUTORGADO:

Nome: Gildete Pereira da Silva Benmar do, brasileiro(a)
estado civil: casada, Profissão: Agricultora, portador(a) do RG
002.429.874, órgão expedidor SSP/RN do CPF: 087.385.084-00 residente
no(a) Campo Santo nº 207,
bairro: Centro, município: Nova Cruz, RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

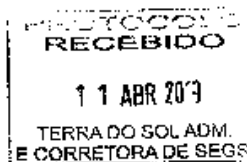
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Nova Cruz/RN 28.02.2019

Local e Data



Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



2º OFÍCIO REGISTRO CIVIL E NOTAS
Rua 16 de Novembro, 13 - Centro - Nova Cruz - CEP 58215-000 - Fone: (84) 98752-4463
Tabela: Disponível Grátis de Acesso à Internet
Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
HENRIQUE EDUARDO FERREIRA
Por ter sido posta em minha presença, dou fé.
NOVA CRUZ/RN, 28 de fevereiro de 2019
Anderson Santos de Oliveira, 1º Substituto
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0124903/19

Vítima: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

CPF: 072.842.864-40

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/04/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GILDETE PEREIRA DA SILVA BERNARDO : 087.385.084-00

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

HENRIQUE EDUARDO FERREIRA : 072.842.864-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 11/04/2019
Nome: GILDETE PEREIRA DA SILVA BERNARDO
CPF: 087.385.084-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/04/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GILDETE PEREIRA DA SILVA BERNARDO

GERCIA LOURENCO DA SILVA

