



Número: **0816711-28.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **21/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63925820	17/12/2020 08:47	CONTESTAÇÃO	Petição
63925828	17/12/2020 08:47	2772893_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação
63926479	17/12/2020 08:47	2772893_CONTESTACAO_Anexo_04	Documento de Comprovação
63926480	17/12/2020 08:47	2772893_CONTESTACAO_Anexo_05	Documento de Comprovação

PETIÇÃO E COMPROVANTES ANEXOS





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, 06 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200235453

Vítima: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

Data do Acidente: 31/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RUCILENE PINHEIRO FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

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,

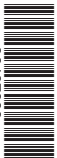
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15914957

Pag. 01399/01400 - carta_01 - INVALIDEZ

00020700





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 Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200235453

Vítima: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

Data do Acidente: 31/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RUCILENE PINHEIRO FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000004391-5

Conta: 0000037210-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



LIDER **PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

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

2 - Nº do sinistro (ou ASL): 023343364-08 4 - Nome completo da vítima: Francisco Ernaldo de Carvalho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPES Nº 945/2012

5 - Nome completo: Francisco Ernaldo de Carvalho 6 - CPF: 023343364-08

7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Euclides de Deciana 9 - Rótulo: 36 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Sto de São Manoel 12 - Cidade: Morrore 13 - Estado: SP 14 - CEP: 13628-200

15 - E-mail: Não possui 16 - Telefone: (081) 99827-0066

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - Profissão do Representante Legal: _____

19 - Endereço do Representante Legal: _____ 20 - Declaração de Representante Legal: _____

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

☐ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo, assinale uma opção): ☐ BANCO DO BRASIL (237) ☐ ITAÚ (344) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INDI-RECHAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não há impossibilidade de apresentar o laudo de Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.394/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação produzida e apresentada, estando ciente de que, se a análise médica apresentar, caso necessário, as causas automotivas, conforme o disposto na Lei 6.394/74.

Declaro que esta declaração não significa minha contribuição com o sistema avaliativo, médica ou jurídica do direito de concessão e avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil do vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Grau de parentesco com a vítima: ☐ Filho ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Avô ☐ Tio ☐ Sobrinho ☐ Outros

25 - Vítima deixou dependentes? ☐ Sim ☐ Não

26 - Se a vítima deixou dependentes, informar nome completo: _____

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

28 - Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se a vítima deixou filhos, informar nome completo: _____

30 - Vítima deixou irmãos? ☐ Sim ☐ Não

31 - Se a vítima deixou irmãos, informar nome completo: _____

32 - Vítima deixou pais/avós? ☐ Sim ☐ Não

33 - Se a vítima deixou pais/avós, informar nome completo: _____

34 - Assinatura do segurado ou representante legal: _____

35 - Assinatura do representante legal: _____

36 - Assinatura do representante legal: _____

37 - Assinatura do representante legal: _____

38 - Assinatura do representante legal: _____

39 - Assinatura do representante legal: _____

40 - Assinatura do representante legal: _____

41 - Assinatura do representante legal: _____

42 - Assinatura do representante legal: _____

43 - Assinatura do representante legal: _____

44 - Assinatura do representante legal: _____

45 - Assinatura do representante legal: _____

46 - Assinatura do representante legal: _____

47 - Assinatura do representante legal: _____

48 - Assinatura do representante legal: _____

49 - Assinatura do representante legal: _____

50 - Assinatura do representante legal: _____

51 - Assinatura do representante legal: _____

52 - Assinatura do representante legal: _____

53 - Assinatura do representante legal: _____

54 - Assinatura do representante legal: _____

55 - Assinatura do representante legal: _____

56 - Assinatura do representante legal: _____

57 - Assinatura do representante legal: _____

58 - Assinatura do representante legal: _____

59 - Assinatura do representante legal: _____

60 - Assinatura do representante legal: _____

61 - Assinatura do representante legal: _____

62 - Assinatura do representante legal: _____

63 - Assinatura do representante legal: _____

64 - Assinatura do representante legal: _____

65 - Assinatura do representante legal: _____

66 - Assinatura do representante legal: _____

67 - Assinatura do representante legal: _____

68 - Assinatura do representante legal: _____

69 - Assinatura do representante legal: _____

70 - Assinatura do representante legal: _____

71 - Assinatura do representante legal: _____

72 - Assinatura do representante legal: _____

73 - Assinatura do representante legal: _____

74 - Assinatura do representante legal: _____

75 - Assinatura do representante legal: _____

76 - Assinatura do representante legal: _____

77 - Assinatura do representante legal: _____

78 - Assinatura do representante legal: _____

79 - Assinatura do representante legal: _____

80 - Assinatura do representante legal: _____

81 - Assinatura do representante legal: _____

82 - Assinatura do representante legal: _____

83 - Assinatura do representante legal: _____

84 - Assinatura do representante legal: _____

85 - Assinatura do representante legal: _____

86 - Assinatura do representante legal: _____

87 - Assinatura do representante legal: _____

88 - Assinatura do representante legal: _____

89 - Assinatura do representante legal: _____

90 - Assinatura do representante legal: _____

91 - Assinatura do representante legal: _____

92 - Assinatura do representante legal: _____

93 - Assinatura do representante legal: _____

94 - Assinatura do representante legal: _____

95 - Assinatura do representante legal: _____

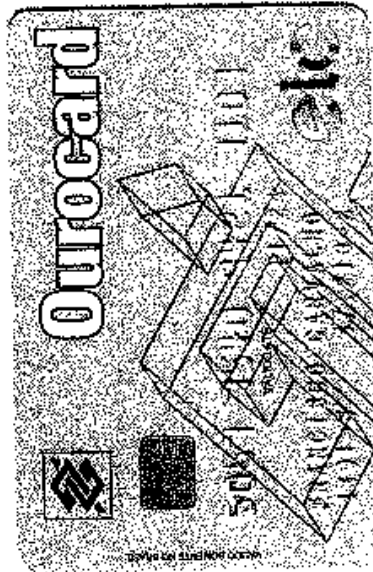
96 - Assinatura do representante legal: _____

97 - Assinatura do representante legal: _____

98 - Assinatura do representante legal: _____

99 - Assinatura do representante legal: _____

100 - Assinatura do representante legal: _____



4393 - 5
34 210-2





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A autenticação deste documento está condicionada a verificação da sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro da Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001023356

1.2 Data de Expedição: 03/06/2020 15.02.05

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 31/03/2020 17.40.00

2.2 Logradouro: RUA FREI DAMIAO

2.3 Número: SN

2.4 CEP:

2.5 Complemento:

2.6 Ponto de Referência: POR TRÁS DA EMPRESA OSTE TRIGO

2.7 Bairro: ALTO SAO MANOEL

2.8 Cidade: MOSSORÓ

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Etnia: BRANCO

3.4 Pai: ANTONIO FERNANDES DE CARVALHO

3.5 Mãe: MARIA DE LOURDES DE CARVALHO

3.6 Data de Nascimento: 10/01/1977

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 RG: 001576901 - SSPRN

3.9 CPF: 02334118406

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Naturalidade: BARAUNA

3.13 Profissão: MOTORISTA

3.14 E-Mail: JACKSONBARRETO25@HOTMAIL.COM

3.15 Telefone(s): 84 999345197

3.16 Logradouro: RUA EUCLIDES DEODECIANO

3.17 Número: 36

3.18 CEP: 59628200

3.19 Bairro: ALTO SAO MANOEL

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

Eu vinha de moto na principal da rua FREI MIGUELINO. Quando vinha saindo do cruzamento um carro que atravessou na minha frente sem dar tempo de desviar colidiu em mim, cair no chão sofrendo varias lesões. Foi acionado o samu que mim encaminharam para unidade hospitalar (HRTM)

DADOS DO VEICULO DO ACIDENTE

Tipo: MOTOCICLETA

Placa: MYU048R

RENAVAM: 00702778125

MARCA E MODELO: HONDA/ CG 125 TITAN

NOME DO PROPRIETARIO: MARIA FRANCISCA DE CARVALHO QUEIROZ

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

Data: 03/06/2020 15.09.02

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

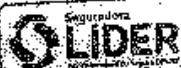


Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 03/06/2020 17:41:20

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Nome completo da vítima: **Francisco Ernaldo de Carvalho**

2 - Nº do pedido ou ASI: **023343364-08**

3 - CPF da vítima: **023343364-08**

4 - Nome completo da vítima: **Francisco Ernaldo de Carvalho**

5 - Nome completo: **Francisco Ernaldo de Carvalho**

6 - Profissão: **Motorista**

7 - Endereço: **Rua Euclides Deodéciano**

8 - Cidade: **Monte**

9 - Estado: **SP**

10 - CEP: **13628-200**

11 - E-mail: **Ugo Perini**

12 - Dados do Representante Legal (pais, tutor e curador) para vítima/beneficiário menor entre 0 a 13 anos ou incapacitado por doença:

13 - Nome completo do Representante Legal: _____

14 - CPF do Representante Legal: _____

15 - Profissão do Representante Legal: _____

16 - Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA):

17 - Renda Mensal do Titular da Conta:

18 - Dados Bancários:

19 - Beneficiário da Indenização: ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

20 - Conta Poupança (se não for, não preencher): ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

21 - Agência: _____ Conta: _____

22 - Agência: **4399** Conta: **37250**

23 - Declaração de Ausência de Laudo IML - Preenchimento somente para cobertura de invalidez permanente:

24 - Declaro, sob as penas da Lei, que não houve impedimento de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.354/74), uma vez que:

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

26 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

28 - Se não for possível a realização da perícia, declaro que a vítima/beneficiário não possui condições físicas para exercer a atividade profissional, conforme atestado médico, emitido por profissional habilitado, e que a vítima/beneficiário não possui condições físicas para exercer a atividade profissional, conforme atestado médico, emitido por profissional habilitado.

29 - Declaração de Únicos Beneficiários - Preenchimento somente para cobertura de morte:

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

31 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: _____

32 - Se a vítima deixou outros dependentes, informar o nome completo: _____

33 - Se a vítima deixou outros dependentes, informar o nome completo: _____

34 - Se a vítima deixou outros dependentes, informar o nome completo: _____

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a seguir): _____

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a seguir): _____

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a seguir): _____

38 - Nome: _____

39 - CPF: _____

40 - Assinatura da testemunha: _____

41 - Nome: _____

42 - CPF: _____

43 - Assinatura da testemunha: _____

44 - Nome: _____

45 - CPF: _____

46 - Assinatura da testemunha: _____

47 - Nome: _____

48 - CPF: _____

49 - Assinatura da testemunha: _____

50 - Nome: _____

51 - CPF: _____

52 - Assinatura da testemunha: _____

53 - Nome: _____

54 - CPF: _____

55 - Assinatura da testemunha: _____

56 - Nome: _____

57 - CPF: _____

58 - Assinatura da testemunha: _____

59 - Nome: _____

60 - CPF: _____

61 - Assinatura da testemunha: _____

62 - Nome: _____

63 - CPF: _____

64 - Assinatura da testemunha: _____

65 - Nome: _____

66 - CPF: _____

67 - Assinatura da testemunha: _____

68 - Nome: _____

69 - CPF: _____

70 - Assinatura da testemunha: _____

71 - Nome: _____

72 - CPF: _____

73 - Assinatura da testemunha: _____

74 - Nome: _____

75 - CPF: _____

76 - Assinatura da testemunha: _____

77 - Nome: _____

78 - CPF: _____

79 - Assinatura da testemunha: _____

80 - Nome: _____

81 - CPF: _____

82 - Assinatura da testemunha: _____

83 - Nome: _____

84 - CPF: _____

85 - Assinatura da testemunha: _____

86 - Nome: _____

87 - CPF: _____

88 - Assinatura da testemunha: _____

89 - Nome: _____

90 - CPF: _____

91 - Assinatura da testemunha: _____

92 - Nome: _____

93 - CPF: _____

94 - Assinatura da testemunha: _____

95 - Nome: _____

96 - CPF: _____

97 - Assinatura da testemunha: _____

98 - Nome: _____

99 - CPF: _____

100 - Assinatura da testemunha: _____

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: 13/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04391-5

CONTA: 000000037210-2

Nr. da Autenticação AB086E913FB59705





CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

EMPRESSO EM 21/01/2020 AS 10:58:03

MÉDIA: 01/12/2019

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO
 RUA LUCILDES DEOCLÉTARO, N. 30 - ALTO S. MARCOS
 MOSSORÓ RN 59628-200

INSCRIÇÃO	ROTA	SECTOR	QUANTIDADE DE ECONOMIAS		
307.025.185.0234.000	2	4387	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL
WATÓMETRO	SITUAÇÃO AGUA		SITUAÇÃO ESGOTO		
Y131331/68	LIGADA		LIGADO		

CONSUMO AGUA (M3): 43,77
 DATA DE FÉCULA: 27/01/2020
 LIGADO ATUAL: 43,77
 LIG. ANTER.: 59,0
 QUINTO CONSUMO: 79

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	VAL	CONSUMO	REF	CONSUMO	VAL
12/2019	8	10/2019	10	04/2019	7	8
11/2019	8	09/2019	9	03/2019	7	7

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
PES INTRE 50 F 1000 1 UNIDADE(S)	10 43	43,77
CONSUMO DE AGUA		
ESGOTO		20,64
70,0% DO VALOR DE AGUA		1,51
QUOTA P/IMPONIBILIDADE 12/2019		0,78
MURTO DE 1000 11/2019		

TRIBUTOS

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	74,41	1,65	1,23
COFINS	74,41	7,6	5,66
			76,87

27/01/2020

Parâmetros	Turbidez	PH	Cond. Total	Cloro Residual Livre	Fluoreto (mg/L)
Valor Recomendado	5,0 NTU	6,0 a 8,0	500 mg/L	0,2 a 2,0 mg/L	5-10 mg/L
Valores Obtidos	0,1	7,6	100 mg/L	0,83	-





CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

EMPRESA: LUCILDES DEOCLÉTARO, H. & C. LTDA. MATRÍCULA: 0027000 MÊS: 01/2020

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO
RUA LUCILDES DEOCLÉTARO, H. 30 - ALTO S. MARCOS
MOSSORÓ RN 59628-200

INSCRIÇÃO	ROTA	SERVIÇO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	POLÍDIO
307.025.185.0234.000	2	4387	1	1

WATÓMETRO: Y131331/68 SITUAÇÃO ÁGUA: LIGADA SITUAÇÃO ESGOTO: LIGADO

CONSUMO ÁGUA (M3): 43,77 DATA DE FÉRIAS: 22/01/2020
LIG. ATUAL: 43,77
LIG. ANTER.: 59,0
VAL. CONSUMO: 79

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	VAL	CONSUMO	REF	CONSUMO	VAL
12/2019	8	10/2019	10	04/2019	7	8
11/2019	8	09/2019	9	03/2019	7	8

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
PES. INTRE 50 F. 1000L 1 UNIDADE(S)	10 M3	43,77
CONSUMO DE ÁGUA		
ESGOTO		20,64
70,0% DO VALOR DE ÁGUA		1,51
QUOTA PROPORCIONALIDADE 12/2019		0,78
MURTO DE 1000L 11/2019		

TRIBUTOS

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	74,41	1,65	1,23
COFINS	74,41	7,6	5,66
			76,67

27/01/2020

Parâmetros	Turbidez	PH	Cond. Total	Cloro Residual Livre	Fluoreto (mg/L)
Valor Recomendado	5,0 NTU	6,0 a 8,0	500 mg/L	0,2 a 2,0 mg/L	5-10 mg/L
Valores Obtidos	0,1	7,6	100 mg/L	0,83	-





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 telefones abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 08 às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800 022 81 89 / 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 05 | Central Ombudsman: 0800 022 81 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/sibudocweb/docdoc/ANALASPE/TIPO+30439>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras sejam obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além das informações de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte 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 COAF.

1. SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS PRIVADOS - SUSEP, NÃO RESPONDE PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. 2. CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - CCAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OPORTUNIDADES SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/96.

Peço exposto, eu Rucilene Pinheiro Fernandes

Inscrito(a) no CPF/CNPJ 023356324 / 25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Eraldo de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o nº 023344364 / 08

do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da vítima Francisco Eraldo de Carvalho

Inscrito (a) no CPF sob o nº 023344364 / 08, conforme declaração da Circular Susep 445/12.

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

☒ Recuso informar:

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de provável residência junto a Seguradora OLIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando 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 Euclides de Deus</u>	Número:	<u>36</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Mojo de São Manoel</u>	Cidade:	<u>Mojo</u>	CEP:	<u>69629-200</u>
E-mail:	<u>Wao Pazzo</u>				

Local e Data: Mojo - 31/06/2020

x Rucilene Pinheiro Fernandes
Assinatura do Declarante

OLIDER 001 6001/2020



Admissão: 31/03/2020 06:15:23

~~CIRURGIAGERAL - VERDE~~

Paciente: 59490 - FRANCISCO ERINALDO CARVALHO (43 a 2 m 21 d)

Nascimento: 10/01/1977

Natural: BARAUNA.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: MARIA DE LOURDES DE CARVALHO

Paq: ANTONIO FERNANDO DE CARVALHO

Logradouro: FRANCISCO FERNANDES DE SOUZA, 12

CEP: 59607600

Bairro: AEROPORTO

Cidade: MOSSORO

Telephone:

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: SAMU MOSSORO

Classificação:

31/03/2020 06:10:13

PESO:	
--------------	--

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO. TRAUMA EM OMBRO DIREITO, GLASGOW 15

De Hora:

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
- Volturno Jr - Amig - 7m		06:40	Sendo h
- Sipiirana - Amig - 2m		06:40	" "
Aval - do atopedista curafv			
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO ESTÁ CONFORME O ORIGIN. SAME MOSSORO 08-10612990			
BIMD-			
SAME / ARQUIVO			

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

CID 5920 Prog.

Data: 77, 03, 20. Hr:

Médicos:

*Gerado via SX por FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS. Impresso em 31 de Março de 2020.
(Carimbo)

Dr. David L. McNeil
Oral and Translational
Chemistry



01/02/2014

PRE VITUM DE QUEDA DE AUTO, com fratura
no ombro (D)

EF. DOB A PALPAÇÃO + CAPTASAO NA REGAO CLAVICULAR

VICULUM (D), sem DEFICIT no MSD

IV: FX TUBO MEDIO DA CLAVICULA (D) com
Pau COASTO CERO.

CONTA - TIPOA no MSD

- RECEITA

- ATENDADO 60 DIAS

- RADIOLÓGICO AO ACIDENTADO

- ALTA HOSPITALAR

Dr. Danilo
Oliveira F. de
Carvalho

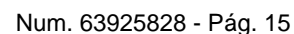
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 08/10/2020

SANE / ARQUIVO

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2020 08:47:19

DEMOSTRADO



[illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200235453 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO **Data do acidente:** 31/03/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184223/20

Vítima: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

CPF: 023.341.164-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/03/2020

Titular do CPF: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RUCILENE PINHEIRO FERNANDES : 023.356.124-25

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

FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO : 023.341.164-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/07/2020
Nome: RUCILENE PINHEIRO FERNANDES
CPF: 023.356.124-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/07/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

RUCILENE PINHEIRO FERNANDES

THIARA VIRGINIA DA HORA



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/11/2011

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.518,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 000001006298-5

Nr. Autenticação

BRADESCO1811201105000000000023703226000001006298151875 PAGO



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2011364396**Cidade:** MOSSORO**Natureza:** Invalidez**Vítima:** FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO**Data do acidente:** 27/09/2008**Emissor do parecer:** Maria Beatriz Amaral Marcondes de Moura Negrini**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços**CRM do médico:** 2999

PARECER

Diagnóstico: PÉ ESQUERDO E OMBRO ESQUERDO**Descrição do exame médico pericial:** DOR E DORMENCIA NO PÉ ESQUERDO E DOR NA OMBRO ESQUERDO. LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO ESQUERDO**Resultados terapêuticos:** FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA - TRATAMENTO CONSERVADOR FERIMENTO CORTO-CONTUSO PÉ ESQUERDO - SUTURA**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.**Sequelas :** Não definido**Data da perícia:** 09/11/2011**Conduta mantida:** Não**Observações:****Valor pleiteado:** 10.125,00**Médico avaliador:** MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA**UF do CRM do médico:** RN

DANOS

Dano

Perda completa da mobilidade de um dos ombros
Perda funcional completa de um dos pés

%	Dimensão	Graduação
25	1	25
50	1	10

Valor avaliado: 1.518,75

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2011/364396**
Vítima: **FANCISCO ERINALDO DE CARVALHO**
Local: **RN-MOSSORO**
Data do Acidente: **27/09/2008**

Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) ☒ SIM b) ☐ NÃO c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

PÉ ESQUERDO E OMBRO ESQUERDO

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA - TRATAMENTO CONSERVADOR / FERIMENTO CORTO-CONTUSO PÉ ESQUERDO - SUTURA.

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) ☐ SIM b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

DOR E DORMENCIA NO PÉ ESQUERDO E DOR NA OMBRO ESQUERDO. LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO ESQUERDO

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido



Segmento Anatômico

1ª Lesão

PÉ ESQUERDO

Marque o percentual

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

OMBRO ESQUERDO

Marque o percentual

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - MOSSORO, 09/11/2011

Médico Perito: MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA CRM: 2999 RN

Médico Revisor: MARIA DE FÁTIMA FURTADO VELOSO DE MELO CRM: 52495155/RJ


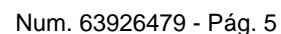
Dra. Fatima Furtado Melo
Médica Perita
CRM-RJ - 52 49515-5
Cadastro Nacional



Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares



2

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO
1004037



Tel: (88) 9209-6107
(88) 9937-9406
(88) 8801-0529
(88) 9282-9834

RECEBIDO

21 SET. 2011

FEDERAL SEGUROS S/A

FEDERAL SEGUROS S/A.

23 SET 2011

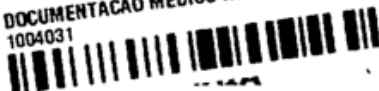




GOVERNO DO
HOSPITAL REG
PRONTO SOCO

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

1004031



ROSA NETO

Nº 2-155-938

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: Peo Enivaldo de Carvalho Idade: 31 DN: 10.11.74
Estado Civil: S () C () V () D () Profissão:
Rua, Av.: Ricardo G de Lima 42 Bairro: Aeroporto
Fone: Cidade: Monor UF:
Pai: Mãe:
Data: 27/09/08 Hora: 4:03 Cartão:

• QUEIXA PRINCIPAL: () Acidente de Trânsito () Acidente de Trabalho () Agressão

Acidente de trânsito

• HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)

Acidente vítima de acidente de
trânsito

EXAME FÍSICO:

PA: X mmHg - FC: bpm - FP: ppm - FR: lpm - TEMP: °C - Peso: Kg

01 Reg. de ferimento em pé e
no pé

FEDERAL SEGUROS S/A.

21 SET. 2011

23 SET 2011

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ

• HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S) (HD)

Fratura de pé e lesão de
trânsito

• EXAMES SOLICITADOS:

RX de crânio e espinha cervical





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

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que consta em nossos arquivos o **BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 2.155.938, FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO, 33 anos residente a RUA: RICARDO GUILHERME DE LIMA, 42, BAIRRO: AEROPORTO, CIDADE: MOSSORÓ-RN.**


Consta no referido que o paciente deu entrada nesta Unidade Hospitalar no dia **27/09/2008 às 04h03min** com o diagnóstico: **ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

Sem mais para o momento.

RECEBIMOS

21 SET. 2011

Mossoró – RN, 12 DE AGOSTO DE 2011


Antonia Edna Moraes
CH. de Divisão do SAME/MRTM
CPF: 389.204.954-49

ANTONIA EDNA DE MORAIS

CHEFE DO SAME

FEDERAL SEGUROS S/A.

23 SET 2011



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é avaliar a condição de invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

FRANCISCO ERIVANDO DE CARVALHO

NÚMERO DO REGISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 27/09/2008	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 27/09/2008
NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: CHARLES R.O. MACEDO - 6984	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: fratura no M.E	
DADOS RELEVANTES DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): 21 SET 2011 pro cirurgia para prótese	
EXISTE ALGUM DEFÉITO FÍSICO OU DOENÇA PREEXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO FEDERAL SEGUROS SIA. 23 SET 2011	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: [] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. [x] A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1. Debilidade de 2. limitações de seg. ± 40%
3.
4.
5.

AFFIRMO QUE ACIMA EU OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL: <i>Joazeiro</i>	DATA: 05.09.11	A 05/09/11 E
ASSINATURA E CARIMBO: <i>Charles R.O. Macedo</i>		DR. CHARLES MACEDO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - CE 6984
ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE		
LOCAL: _____	DATA: _____	ASSINATURA DA VÍTIMA: _____

10



RENTES DE LOS PAGOS DE CUOTAS DE ALQUILER (TOTAL DE PAGOS)

சென்னை நகராட்சி நிர்வாகப் பேரவை

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

(CONTINUED FROM PAGE 1) OCT 11 1964

1. NAME OF THE PARTY	2. ADDRESS
3. OCCUPATION	4. DATE OF BIRTH
5. PLACE OF BIRTH	6. DATE OF DEATH
7. PLACE OF DEATH	8. DATE OF BURIAL
9. PLACE OF BURIAL	10. DATE OF CREMATION
11. PLACE OF CREMATION	12. DATE OF INTERMENT
13. PLACE OF INTERMENT	14. DATE OF EXHUMATION
15. PLACE OF EXHUMATION	16. DATE OF REINTERMENT
17. PLACE OF REINTERMENT	18. DATE OF REMOVAL
19. PLACE OF REMOVAL	20. DATE OF RETURN
21. PLACE OF RETURN	22. DATE OF DESTRUCTION
23. PLACE OF DESTRUCTION	24. DATE OF RECONSTRUCTION
25. PLACE OF RECONSTRUCTION	26. DATE OF RENOVATION
27. PLACE OF RENOVATION	28. DATE OF REPAIR
29. PLACE OF REPAIR	30. DATE OF REPLACEMENT
31. PLACE OF REPLACEMENT	32. DATE OF REPAIR
33. PLACE OF REPAIR	34. DATE OF REPLACEMENT
35. PLACE OF REPLACEMENT	36. DATE OF REPAIR
37. PLACE OF REPAIR	38. DATE OF REPLACEMENT
39. PLACE OF REPLACEMENT	40. DATE OF REPAIR
41. PLACE OF REPAIR	42. DATE OF REPLACEMENT
43. PLACE OF REPLACEMENT	44. DATE OF REPAIR
45. PLACE OF REPAIR	46. DATE OF REPLACEMENT
47. PLACE OF REPLACEMENT	48. DATE OF REPAIR
49. PLACE OF REPAIR	50. DATE OF REPLACEMENT
51. PLACE OF REPLACEMENT	52. DATE OF REPAIR
53. PLACE OF REPAIR	54. DATE OF REPLACEMENT
55. PLACE OF REPLACEMENT	56. DATE OF REPAIR
57. PLACE OF REPAIR	58. DATE OF REPLACEMENT
59. PLACE OF REPLACEMENT	60. DATE OF REPAIR
61. PLACE OF REPAIR	62. DATE OF REPLACEMENT
63. PLACE OF REPLACEMENT	64. DATE OF REPAIR
65. PLACE OF REPAIR	66. DATE OF REPLACEMENT
67. PLACE OF REPLACEMENT	68. DATE OF REPAIR
69. PLACE OF REPAIR	70. DATE OF REPLACEMENT
71. PLACE OF REPLACEMENT	72. DATE OF REPAIR
73. PLACE OF REPAIR	74. DATE OF REPLACEMENT
75. PLACE OF REPLACEMENT	76. DATE OF REPAIR
77. PLACE OF REPAIR	78. DATE OF REPLACEMENT
79. PLACE OF REPLACEMENT	80. DATE OF REPAIR
81. PLACE OF REPAIR	82. DATE OF REPLACEMENT
83. PLACE OF REPLACEMENT	84. DATE OF REPAIR
85. PLACE OF REPAIR	86. DATE OF REPLACEMENT
87. PLACE OF REPLACEMENT	88. DATE OF REPAIR
89. PLACE OF REPAIR	90. DATE OF REPLACEMENT
91. PLACE OF REPLACEMENT	92. DATE OF REPAIR
93. PLACE OF REPAIR	94. DATE OF REPLACEMENT
95. PLACE OF REPLACEMENT	96. DATE OF REPAIR
97. PLACE OF REPAIR	98. DATE OF REPLACEMENT
99. PLACE OF REPLACEMENT	100. DATE OF REPAIR

[illegible]

E _____ A _____
 DE ORDEN DE LA COMISIÓN EJECUTIVA DE LA FISCALÍA
 DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO
 DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR
 EN VISTA DE LA PRESENTACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE LA
 RENTA DE LA PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN EL
 ESTADO DE LA FISCALÍA DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO
 DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR
 EN VISTA DE LA PRESENTACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE LA
 RENTA DE LA PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN EL
 ESTADO DE LA FISCALÍA DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO
 DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR



BOLETIM DE OCORRENCIA
1004026



21 SET. 2011

23 SET 2011



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA DE POLICIA CIVIL - MOSSORÓ/RN
TELEFONE (84) 3315-5592

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 1.598/2011.

NATUREZA DA OCORRENCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA LESIONADA.
LOCAL DA OCORRENCIA: rodovia BR-304, próximo ao Café Santa Clara, bairro Santa Júlia, Mossoró/RN.
DATA E HORÁRIO DO FATO: dia 27.09.2008, por volta de 03:00 horas.

COMUNICANTE: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO.
ENSEREO: Rua Guilherme Ricardo de Lima, no. 42, bairro Aeroporto, Mossoró/RN
FILIAÇÃO: Antonio Fernandes de Carvalho e Maria de Lourdes de Carvalho.
DATA DE NASCIMENTO: 10/01/1977. **ESTADO CIVIL:** solteiro.
NATURALIDADE: Baraúna/RN **SEXO:** masculino.
PROFISSÃO: tratorista. **COR:** claro.
DOCUMENTO APRES: RG no. 001.575.901-SSP/RN

VITIMA: O comunicante.

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O mesmo informa que, no local, data e horas supra mencionados, pilotava sozinho a motocicleta tipo HONDA/CG 125 FAN, de cor preta, ano de fabricação e modelo 2008/2008, placa MYR-8952 de Mossoró/RN, renavam 955502659*, chassi no. 9C2JC30708R530913*, documento em nome de Francisco Erinaldo de Carvalho, pela mencionada via de asfalto, usando equipamento de segurança(capacete), com sentido de deslocamento bairro Abolição III-bairro Santa Júlia, quando de repente, o pneu dianteiro bateu numa pedra existente na mencionada via, perdendo o equilíbrio de direção do mencionado veículo, provocando o acidente; Que uma ambulância da SAMU removeu a vítima para o Hospital regional Tarcisio Maia, desta cidade, onde recebeu os primeiros socorros e foi realizada uma cirurgia; Que a vítima sofreu fratura na clavícula esquerda; Que a motocicleta obteve vários danos. Solicita providências e o B.O. para apresentar quando necessário.

DATA E HORÁRIO DO REGISTRO: Mossoró/RN, 29/08/2011, as 12:50 horas.

Francisco Erinaldo de Carvalho
comunicante

APC Avanildo Dantas de Araújo
APC Avanildo DANTAS de Araújo.
mat. 75.498-6



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



EU, FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO, PORTADOR (A) DO RG Nº: 1.575.901 EXPEDIDO POR SSP/RN EM (DATA) DE ____/____/____ E CPF Nº: 023.341.164-08, PROFISSÃO: TRATORISTA, RENDA MENSAL DE: 545,00 REAIS NA QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA, FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO, AUTORIZO A SEGURADORA FEDERAL SEGURO S/A, A EFETUAR O RESPECTIVO PAGAMENTO / CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BRADESCO
Nº BANCO: 237 Nº AGÊNCIA: 3226-3 Nº C/P: 1006298-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

MOSSORÓ/RN, 29 de Agosto de 2011
LOCAL / DATA

Francisco Erinaldo de Carvalho
ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)

RECEBIDO

21 SET. 2011

7000000061260626

FEDERAL SEGUROS S/A.

23 SET 2011

6



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/10/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 000001006298-5

Nr. Autenticação

BRADESCO2310201205000000000023703226000001006298675000 PAGO



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2012480632**Cidade:** Mossoró**Natureza:** Invalidez**Vítima:** FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO**Data do acidente:** 16/07/2012**Emissor do parecer:** GALDINO LEONARDO**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.**CRM do médico:** 6299

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA EM REGIÃO ORBITAL E MAXILAR DO LADO ESQUERDO, COM COLOCAÇÃO DE PLATINA**Descrição do exame médico pericial:** REFERE DIMINUIÇÃO DA SENSIBILIDADE LOCAL E CEFALÉIAS ESPORÁDICAS.**Resultados terapêuticos:****Sequelas permanentes:** DEBILIDADE PERMANENTE DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS POR PARESTESIA FACIAL E CEFALÉIA**Sequelas :****Data da perícia:** 15/10/2012**Conduta mantida:** Não**Observações:** PACIENTE JÁ INDENIZADO EM SINISTRO ANTERIOR EM OUTRO SEGMENTO CORPORAL**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** MATIAS DANTAS JALES JÚNIOR**UF do CRM do médico:** RN

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde 100 que haja comprometimento de função vital	1		50

Valor avaliado: 6.750,00

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

1004037



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
PRIMEIRA DIVISÃO DE IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

DOC. IDENTIFIC. / CNH / LANCER 1ª 559 RN 001575901

DATA NASCIM. 02/3.341.164-08 10/01/1977

RAÇA: ANTONIO FERNANDES DE CARVALHO MARIA DE LOURDES DE CARVALHO

RENELAS: RACIA AB

1ª NÚMERO 08/06/2016 17/05/2006

2ª NÚMERO 03843316916

LOCAL: COSSOHO, RN

DATA: 13/06/2011

82502823820 82701381429

405287630

405287630

VALIDA EM TODA O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

ASSINATURA DO PORTADOR

Francisco Erinaldo de Carvalho

RECEBEMOS EM

25 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

20

FEDERAL SEGUROS S/A

27 SET. 2012



Avaliação para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: 2012480632

Nome da Vítima: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

Local: AVENIDA LESTE-OESTE, MOSSORÓ/RN

Data do Acidente: 16/07/2012

Resultado da avaliação apurada pelo Médico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(x) Sim () Não () Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas.

Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

TRAUMA MAXILO-FACIAL

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

PACIENTE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL DEVIDO À TRAUMA EM REGIÃO ORBITAL E MAXILAR DO LADO ESQUERDO, COM COLOCAÇÃO DE PLATINA.

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos () Sim (x) Não

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares () Sim (x) Não

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:



IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

☐) Disfunções apenas temporárias.

Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação e se há necessidade de uma avaliação complementar.

☒) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

REFERE DIMINUIÇÃO DA SENSIBILIDADE LOCAL E CEFALÉIAS ESPORÁDICAS.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de algum exame complementar?

☐) Sim ☒) Não

Em caso afirmativo informar qual(is) e seus prazos de controle.

Em caso de resposta "disfunções temporárias" do item IV ou de resposta "sim" ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame médico se pode documentar:

☐) Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

☒) Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

☐) Parcial Completo

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

☒) Parcial Incompleto

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento



corporal da vítima).

Segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as seqüelas definitivas então identificadas.

1º Lesão

Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve (x) 50% Médio () 75% Grave

Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) seqüela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame medico e então documentadas

Informações Complementares Apresentadas pelo médico Examinador ou Revisor

Identificação do médico responsável pela avaliação.

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: MATIAS DANTAS JALES JÚNIOR

Registro no CRM: 6299/RN

Local e Data do Exame

Clínica Reabilitar (Mossoró/RN), 15/10/2012





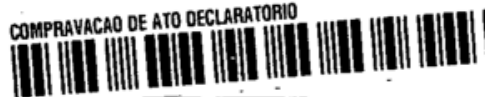
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
PRONTO SOCORRO VIGT-ROSADO NETO

Nº 2.368.773

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: Francisco Edinaldo Costa Idade: 35A DN: 1 1
Estado Civil: S() C() V() D() Profissão _____
Rua, Av.: RICARDO GUILHERME DE LIMA Bairro: ACQUEDONTO
Fone: _____ Cidade: MOSSORÓ UF: RN
Pai: _____ Mãe: _____
Data: 16/07/12 Hora: 01:58

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO



QUEIXA PRINCIPAL: (☒) Acidente de Trânsito () Acidente de Trabalho () Agressão

Acidente de trânsito - colisão lateral

no dia 16/07/2012, às 01h58min, em Mossoró, RN.

Do veículo - não há lesões

sem ferimentos ou lesões

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)

sem doenças crônicas

FEDERAL SEGUROS S/A

27 SET. 2012

EXAME FÍSICO:
PA: 120 X 90 mmHg - FC 80 bpm - FP 12 ppm - FR 16 lpm - TEMP 36,5 °C - Peso 75 Kg

sem alterações

sem alterações

RECEBEMOS EM

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (HID)

lesão no

crânio - H.E.

sem lesões

EXAMES SOLICITADOS:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 19/07/2012

JARVI TARQUIVO

05 25 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A



SOLICITAÇÃO DE PARECER ESPECIALIZADO

HORA:

Q B M F

ORDENADA

DO HIL-RO CURRUCU

PARECER ESPECIALIZADO E CONDUTA:

30/09/2012 (04:30h) PAC. VÍTIMA DE ACIDENTE DOMÉSTICO (MOTO CUBA 500 DO GRUPO DE, QUIS DETERMINAR O MOTIVO, NECESSÁRIO PARA SEGUIR E VÍTIMA, ENCONTRADA POR SEU PAI, BOMBEIRO E LÍSE ATENDIDA POR C.B. APRESENTOU TRAUMA POR COLAPSO DE MEMBRANA EM SUPERFÍCIE (E), CONTUSÃO NA REGIÃO DE IMPACTO (E), COMPATIVEL COM FRATURAS EM COLAS DE LIGAMENTO LUTUM SOB ONES RESISTORIAL E SQUADRA DE DE INFLAMAÇÃO DE FIBRILACÃO COM TR. BILATERAL EM T.C. EM TUBO CUBO (E). Jambor

CONDUTA MÉDICA E PRESCRIÇÃO			CONTROLE DE ENFERMAGEM	
DATA	MEDICAMENTO	VIA	HORÁRIO	ASSINATURA
16/09/12	EX-CLAMINOL	DO		
	AN-TISSE ESIQ			
	AN-ES TESIQ			
	LEVITINOL			
	LEVITINOL	FEDERAL SEGUROS S/A		
	LEVITINOL			
	LEVITINOL			
	LEVITINOL			
	S.F. 3.9% 1000 ml / 34 LATS / MIN - EV		500 500	Scorinho
	S.C. 5% 500 ml			
	CEFALEXINA 1g + P2 - E.V.		05:15	
	HILCIL 40 mg - E.V.		05:15	
	DIPLOMA 2g + 800 mg - E.V.		05:15	

DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

ORTOPEDIA: Contusão braço (E). Fr. humer. Humer. (E).
Cont. Tab. ant. pulm. (E) + AINE + Omeprazole

DESTINO DO PACIENTE:

() Alta Hospitalar () Transferência (X) Internação () Outros

Para: _____
Em: _____

Data: 1 / 1

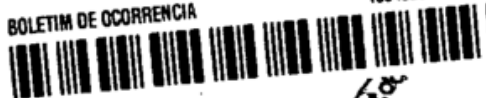
Carimbo e Assinatura do Médico



Emerson Mendes da Silva Almeida
Mat: 170.054-4
P. 170/054-4

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



SERVIÇO NOTARIAL DE MOSSORÓ - RN
Rua Cel. Vespino Sabóia, 83-A-Centro
Mossoró-RN - Tel. (84) 3316-1940
volte@mossoro@hotmail.com

AUTENTICAÇÃO

Certifico, que a presente fotocópia é a reprodução fiel do original, que me foi apresentado. O referente é verdade. Mossoró, 17 SET. 2012.

17 SET. 2012

- ☐ Sérgio Luiz de Paiva - Notário
- ☐ Fabiana da Silva Atagathães
- ☐ Douglas Fontes da Mota - Escrivão

VÁLIDO SOMENTE COM O SELLO DO NOTÁRIO



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA Rodoviária Estadual - CPRE
SETOR DE TRAFEGO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº 0702812

472/12

1 - LOCAL E DATA

Local Avenida Jerônimo Dix-Neuf Rosado Bairro Costa e Silva
Referência Entrada para a Feira do Bode
Data 16/07/2012 Hora do acidente 01 33 Hora do registro 01 48 Dia/ semana Segunda-feira

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- ☒ - colisão frontal
- ☐ - colisão lateral
- ☐ - capotamento
- ☐ - atropelamento
- ☐ - colisão posterior
- ☐ - colisão transversal
- ☐ - choque
- ☐ - outros

3 - VEÍCULO 01:

Placa NOB 4733 Cidade Mossoró UF RN
Marca/Mod. Honda/ NXR Bros Ano 2011
Proprietário Jomar Ferreira dos Santos Nº de Ocupantes 01
Condutor Jomar Ferreira dos Santos CPF 081.209.524-30 Data de nasc. 02/01/1989
Endereço Avenida Brigadeiro Salema nº 06 Fone *****
Bairro Alto de São Manoel Cidade Mossoró UF RN
CNH nº 04779492940 Validade 25/11/2013 Categoria AB
Local de Trabalho Estudante

4 - VEÍCULO 02:

Placa MYT 2565 Cidade Mossoró UF RN
Marca/Mod. Honda/ Bis 125 Ano 2007
Proprietário Rucilene Pinheiro Fernandes Nº de Ocupantes 01
Condutor Francisco Erinaldo de Carvalho CPF 023.341.164-08 Data de nasc. 10/01/1977
Endereço Rua Guilherme Ricardo de Lima nº 50 Fone *****
Bairro Aeroporto Cidade Mossoró UF RN
CNH nº 03843316916 Validade 08/06/2016 Categoria AB
Local de Trabalho *****

FEDERAL SEGUROS S/A

27 SET. 2012

RECEBEMOS EM

25 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A



SERVIÇO NOTARIAL DE MOSSORÓ - RN
Rua Cel. Vicentin Salgueiro, 83-A - Centro
Mossoró - RN - Tel. (84) 3316-1940
judiciomossoro@hotmail.com

AUTENTICAÇÃO

Certifico, que a presente fotocópia é reprodução fiel do original, que me foi apresentado e O referido é verídico. Mossoró - RN

17 SET. 2012

- ☐ Sérgio Luiz de Paiva - Notário
- ☐ Fabiana da Silva Magalhães - Substituto
- ☐ Douglas Fentes de Melo Esc. Aut.çado.

VÁLIDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICAÇÃO



472

5- VERSÕES DOS ENVOLVIDOS NO ACIDENTE DO TRÂNSITO

SOBRE V1: Onde transitava?		Avenida Jerônimo Dix-Neuf Rosado	
Em que sentido?	Centro UERN	Em que faixa?	Direita
Versão do condutor do V1:			
<p>"O condutor afirma que seguia conforme sentido e via já citado, que ao se aproximar da entrada da feira do bode que também dar acesso ao Bar das Almas, percebeu que uma motocicletas estava nesta estrada carroçal e que se aproximava da pista (leste oeste) que imaginou que ela iria parar e lhe dar a preferência, contudo ela invadiu a pista e colidiu frontalmente com sua motocicleta, afirma ainda que foi surpreendido e que tentou de todas as formas livrar e evitar o acidente."</p>			
Nome do Condutor V1		Jomar Ferreira dos Santos	

SOBRE V2: Onde transitava?		Avenida Jerônimo Dix-Neuf Rosado	
Em que sentido?	UERN Centro	Em que faixa?
Versão do condutor do V2:			
<p>"O condutor afirma que no momento da colisão estava saindo do acesso ao Bar das Almas, parou o veículo, olhou para os lados, então prosseguiu, acontece que o condutor foi surpreendido por V-1, que segundo o mesmo transitava em alta velocidade, não havendo tempo de desviar para evitar a colisão."</p>			
Nome do Condutor V2		Francisco Erinaldo de Carvalho	

6 - CONDIÇÕES DA VIA:

Luminosidade	Cond./tempo	Tipo de pista	Caract./pista	Cond./pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecer	<input type="checkbox"/> bom	<input checked="" type="checkbox"/> asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> reta	<input checked="" type="checkbox"/> seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno dia	<input type="checkbox"/> nublado	<input type="checkbox"/> paralelepípedo	<input type="checkbox"/> curva	<input type="checkbox"/> molhada	<input type="checkbox"/> Do PM
<input type="checkbox"/> Anoitecer	<input type="checkbox"/> chuva	<input type="checkbox"/> concreto	<input type="checkbox"/> Aclive suave	<input type="checkbox"/> inundada	<input type="checkbox"/> Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite c/iluminação	<input type="checkbox"/> neblina	<input type="checkbox"/> cascalho	<input type="checkbox"/> Declive suave	<input type="checkbox"/> Poças d'água	<input type="checkbox"/> Faixa de pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/iluminação	<input type="checkbox"/> outro	<input type="checkbox"/> terra	<input type="checkbox"/> lombada	<input type="checkbox"/> oleosa	<input checked="" type="checkbox"/> Linha contínua
		<input type="checkbox"/> outro	<input type="checkbox"/> cruzamento	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input checked="" type="checkbox"/> Linha descontínua
			<input type="checkbox"/> rotatória	<input type="checkbox"/> Em obras	<input type="checkbox"/> Placa/advert.
			<input type="checkbox"/> retorno	<input type="checkbox"/> Com defeito	<input type="checkbox"/> Placa/regula
			<input type="checkbox"/> entroncamento	<input type="checkbox"/> Com arcia	<input type="checkbox"/> Lombada
			<input checked="" type="checkbox"/> bifurcação	<input type="checkbox"/> outro	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. perm. Km/h
			<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> outra

RECEBEMOS EM

25 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

02



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
RUA Cel. Vicente Salgado, 83-A-Centro
Mossoró-RN- Tel. (84) 3316-1940
volcicomossoro@hotmail.com

AUTENTICAÇÃO

Confirmando que a presente fotocópia é a reprodução fiel do original, que não foi alterada. O referente é verdade. Dado em Mossoró, RN, em 17 de Setembro de 2012.

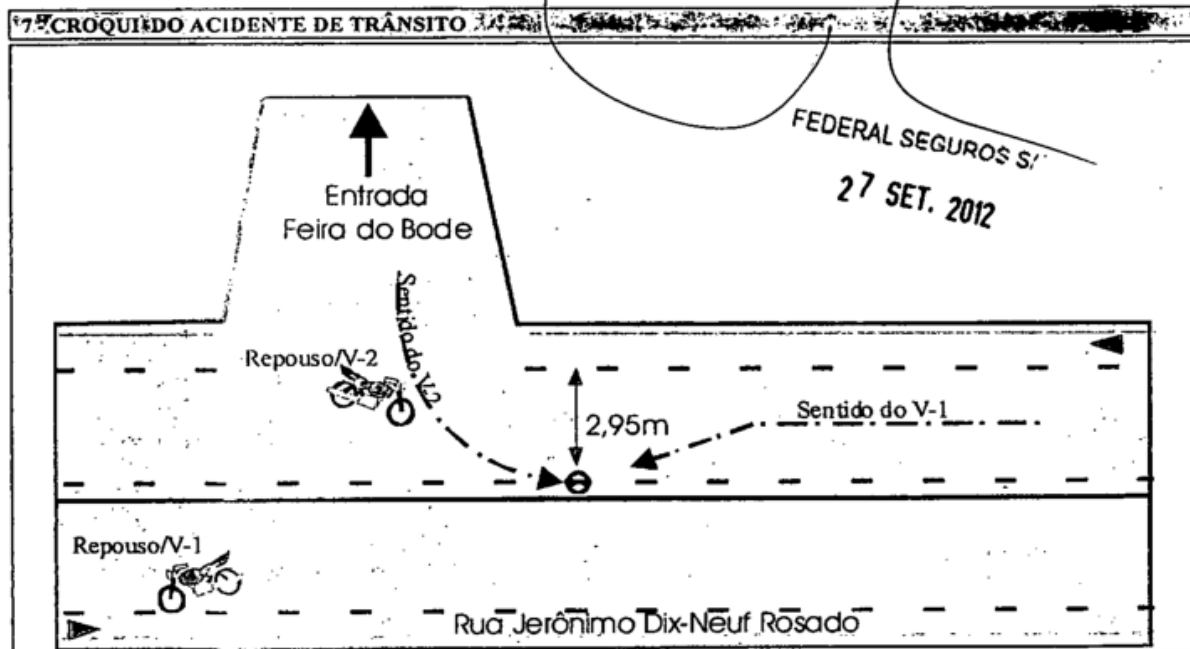
17 SET. 2012

☐ Sérgio Luiz de Paiva - Notário
☐ Fabiana da Silva Magalhães - Substituta
☐ Douglas Fontes de Melo - Esc. Aut.

VÁLIDO SOMENTE COM O RECEBIMENTO AUTÊNTICO



472



FEDERAL SEGUROS S/A
27 SET. 2012

8- AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1	AVARIAS DO VEÍCULO 2
Para-lama dianteiro arranhado, carenagem do painel arranhado, carenagem lateral direita, sinaleira traseira direita, alça de apoio direito, protetor do escapamento, estribo e suporte traseiro direito, chassi e telescópios a verificar, roda dianteira amassada, retrovisor direito. *****	Retrovisor direito, roda dianteira, farol, carenagem do farol, telescópios a verificar, carenagem frontal arranhada. *****
	03 RECEBEMOS EM

25 SET. 2012

03

FEDERAL SEGUROS S/A



FEDERAL SEGUROS S/A
27 SET. 2012

9º SERVIÇO NOTARIAL DE MOSSORÓ - RN
Rua Cel. Vicente Salgado, 83-A-Centro
Mossoró-RN - Tel. (04) 3316-1940
vofic@mosso.ro-rn.com

AUTENTICAÇÃO

Certifico, que a presente fotocópia é a reprodução fiel do original, que me foi apresentado. O referido é verdade. Dou fé. Mossoró-RN.

17 SET. 2012

☐ Sérgio Luiz de Paiva - Notário
☐ Fabiana da Silva Magalhães - Substituto
☐ Douglas Fontes da Mota Esc. Aut. de Mo. 0387433

VÁLIDO QUANTO AO CONTEÚDO DE AUTENTICAÇÃO

472

9 - <input type="checkbox"/> VÍTIMAS <input type="checkbox"/> TESTEMUNHAS	
Nome:	
RG nº:	Órgão Expedidor:
Endereço:	Nº Bairro: Fone:
Versão	
PREJUDICADO	
Assinatura:	Hora:

10 - <input type="checkbox"/> VÍTIMAS <input type="checkbox"/> TESTEMUNHAS	
Nome:	
RG nº:	Órgão Expedidor:
Endereço:	Nº Bairro: Fone:
Versão	
PREJUDICADO	
Assinatura:	Hora:

11 - SOCORRISTA	
Placa	Cidade UF
Nome	RG
Endereço	Marca/Modelo
Fone	Órgão Exp. Nº
PREJUDICADO	

Observação do Agente de Trânsito e outras:	
<p>"Ao chegar ao local foi observado que os veículos encontravam-se no local de impacto foi feito a coleta dos dados e feito o teste de alcoolemia no condutor do V1, o V2 foi conduzido para o 2º DPRE e seu condutor foi socorrido pela viatura da SAMU para o hospital, não foi possível colher os dados do condutor do V2 no local".</p>	
Nome Completo do Agente de Trânsito que registrou o BOAT	
Giancarlo Costa dos Santos	
Posto/Graduação	Su PM nº 06.358 Viatura Delta Oscar Unidade 2º DPRE

Conclusão do Setor de Tráfego:	
<p>Verifica-se que após observarmos todos os instrumentos grafados neste BOAT, concluiu-se que de acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor do V-2 infringiu o artigo 28 e 44 das Normas Gerais de Circulação - NGC. Lei 9.503/97.</p>	

Raimundo CLECIO Ferreira da Costa
Mat. 14958-6 Id 8788
PM/RN
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

RECEBEMOS EM

Local e Data: Mossoró/RN, 08 de Agosto de 2012

25 SET. 2012

04

FEDERAL SEGUROS S/A





FEDERAL DE SEGUROS S.A.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT – Nº DO SINISTRO _____**

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO, PORTADOR (A) DO RG Nº:001.575.901, E CPF: 002.341.164-08. PROFISSÃO: TRATADORISTA, RENDA MENSAL: 622,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/ REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO, AUTORIZO A **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT** A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

() CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (QUALQUER BANCO)
Nº DO BANCO:

Nº AGÊNCIA: (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA:

(X) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO BRADESCO Nº BANCO 237
Nº AGÊNCIA: 3226 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA: 1006298-5

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO ITAÚ Nº BANCO 341
Nº AGÊNCIA: (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA:

() CRÉDITO EM CONTA CORRENTE BANCO BRASIL Nº BANCO 001
Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL Nº BANCO 104
Nº AGÊNCIA: (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA:

LOCAL: MOSSORO / DATA: 05/09/2012

Francisco Erinaldo de Carvalho
Assinatura do / do Beneficiário/ a

RECEBEMOS EM

25 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

23

FEDERAL SEGUROS S/A
27 SET. 2012



FEDERAL SEGUROS S/A
27 SET. 2012

RECEBEMOS EM

25 SET. 2012

24

FEDERAL SEGUROS S/A



Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA POUPANCA

TERM. 034712

FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO
AGENCIA 3226 CONTA 1006298-5

09:53 HRS
14/SET/2012

DISPONIVEL	10,18
+ CONTA POUPANCA FACIL	10,18
SD DEPOS ATE 3/5/12	0,00
SD DEPOS A PARTIR 4/5/12	10,18
= TOTAL DISPONIVEL	10,18
SALDO TOTAL	10,18

MOVIMENTACAO CONTA POUPANCA		
AGOSTO/2012		
DIA	HISTORICO	VALOR
	SALDO ANTERIOR	10,13
SETEMBRO/2012		
03	RENDIMENTOS 0105124	0,05
	POUP FACIL-DEPOSITOS ATE 3/5/12	10,18
	SALDO TOTAL	10,18

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022/0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
Deficiente Auditivo ou de fala - 0800 7220099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde

CÃO

16.63.27

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H. F. F. V. Mota

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CIES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Francisco Simão da Costa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/08/77

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Mora G. Gomes da Costa

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Carlos Guilherme G. Lima S/O Anápolis

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Mourão

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

RJ

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Perímetro em superfície (E), aumento de peso do mal (E)

FEDERAL SEGURO.

27 SET. 2012

RECEBEMOS EM

07

25 SET. 2012

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de infecção + T. Especificado

FEDERAL SEGUROS S/A

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

1.0 DE PACE

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRAÇÃO C70 (E)

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

(X) CPF

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

361912404-120

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

TARCISIO MAIA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/08/12

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
JAME MOSSORO 19/08/2012

JAME / ARQUIVO





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

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

NOME Francisco Ernando IDADE Nº REG: 16.63.27
SERVIÇO: ENFª: LEITO

HISTÓRIA CLÍNICA

PACIENTE VITIMA DE ACID. DE TAPALU, 11...
ACID. DE TAPALU, 11...
ACID. DE TAPALU, 11...

RECEBEMOS EM

25 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

08

FEDERAL SEGUROS S/A

27 SET. 2012

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA É A ÚLTIMA CÓPIA
SAME MOSSORO 19/02/2012
JAME / ARQUIVO





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

16.63.27

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: FRANCISCO ERIVALDO CARVALHO

Idade: 65...

Cor:

Sexo: M Est. Civil:

Prof.:

Natural:

Endereço:

Data: 18 / 07 / 12 Hora de Entrada: 9:15 Hs

FEDERAL SEGUROS
27 SET. 2012

EVOLUÇÃO

Paciente portador de HTA e de alterações cardíacas.

Classe funcional cardíaca com sintomas típicos, limitados a
dolo ocasional dos membros inferiores, limitados ao esforço
moderado, sem sinais de insuficiência ou flegma

Adelmo Rocha Neto
Conselheiro
C.R.O. 11.111-1

Código

Prescrição

Aprazamento

(1) Difenidramina 10mg / 100ml

(2) Salbutamol 1000ml w

Sec 3% 300ml w

(3) Clonitazina 5mg 40 w 166

(4) Talofol 40mg 40 w 121224

(5) Omeprazol 40mg w 10

(6) Anticongulante de fibrina 100mg

(7) SSU 100 100g

RECEBEMOS EM

25 SET. 2012

Adelmo Rocha Neto
Conselheiro
C.R.O. 11.111-1

Em tempo, 14:10h

FEDERAL SEGUROS S/A

Paciente evoluindo bem, sem sinais típicos de insuficiência cardíaca
e com boa aceitação da medicação.

Verificar a alta hospitalar e programar a
alta para o Hospital Regional Tarcísio Maia

alterações cardíacas

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
CONFORME O ORIGINAL

- Prescrição e/ou

MOSSORÓ 19/07/2012

Bingo

Adelmo Rocha Neto
Conselheiro
C.R.O. 11.111-1

NOME / ARQUIVO





CARDIODIAGNOSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
RUA DR. JOAO MARCELINO N7429
CEP: 59.611-200 - Fone: (84)3318-9000

12000999 25/07/2012 20:50:16

BOLETIM DE ADMISSÃO

AH 24120121431-e

Prontuario 00092271 Paciente FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO Nascimento 10/01/1977 35 A 6 M 15 D CNS 898002377242466 CPF 023.341.164-08
Tipo Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo M Estado Civil Solteiro(a) Raça / Cor
Escolaridade Profissão TRATORISTA

Mãe MARIA DE LOURDES DE CARVALHO

Pai ANTONIO FERNANDES DE CARVALHO

Endereço RUA RUI CARDO GUILHERME DE LIMA, 50, AEROPORTO - MOSSORO - RN, CEP:

Contatos
Cel1: (84) 9918.3232
Autorização

Plano SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° Carteira

Validade

Caracter de Atendimento

Procedência
NÃO INFORMADO
Enfermaria
203

Especialidade
BUCCO-MAXILO
Leito
4.3.3

Eletivo

Posto
SUS

Profissional Responsável
JARBAS MIGUEL F MARIANO

CD
S028 - Outras fraturas do crânio e dos ossos da face

CID Definitivo

EM CAUSA DE MORTE

Motivo

Local

☐ Curado ☐ Removido ☐ -48 Horas
☐ Melhorado ☐ Pedido ☐ +48 Horas
☐ Inalterado ☐ Evasão ☐ Óbito
☐ Piorado ☐ Incompleta

Transferido:

EXAME

RECEBEMOS EM

25 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

27 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

JARBAS MIGUEL F MARIANO



**SUS**SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDEMINISTÉRIO
DE SAÚDE**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FARMACIA E MATERIAL DE CIRURGIA

2 - CNES

2371707

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

FARMACIA E MATERIAL DE CIRURGIA

4 - CNES

2371707

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

319.110

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

819810102131994214201616

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/01/93

9 - SEXO

Masc ☒Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIANA DE L. LOPES DE CARVALHO

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

849934519

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA ADELAIDE GILBERTINI DE LIMA - 50 APT 202

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

NASSAUA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RN

16 - CEP

55000-000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

ASS. METÓDICA E CLÍNICA, A FUNDAMENTO EM
VOCALIZ. DO PAPEL ZIDOMÁTICO (E), PRINCIPALMENTE
EM TENDÊNCIA DO M.I.C. E.M.A. DE MANEIRA
RECORRENTE E SINTOMÁTICA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

27 SET. 2012

RISCO DE INFECÇÃO + TIPO ESPECIÁLIZADO

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

T.C. DE FOCE

92

0415020034

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

EMATUM PAREDES DABITINA NOS. 3

W19-9

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

RECONSTITUIÇÃO DE PAREDE DABITINA + RECONSTITUIÇÃO DE PAREDE DABITINA

25 - CLÍNICA

26 - CARTÃO DE INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

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

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

SABAS DA SILVA E. MARINHO 04/10/12

Santos

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURANÇA

RECEBEMOS EM

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA. HOSPITAL WILSON ROSADO

C.N.P.J.: 35.650.324/0001-50
Rua Dr. João Marcelino, 429
Telefax: (84) 3317-3603
Mossoró-RN - CEP: 59.611-200

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Data: 26/02/12

Nome do Paciente: Francisco Grinaldo de Carvalho

Tipo de Cirurgia: Reabilitação de parede orbitária (040504016-4)

Cirurgião (a): Dr. Jonhas Mont. Silva Capobianco (040402047-3)

1º Auxiliar: Dr. Rocha

2º Auxiliar:

RECEBEMOS EM

Tipo de Anestesia: Geral

Anestesiologista: Dr. Enoch

25 SET. 2012

Enfermeiro (a) do Setor: Mariana

Instrumentadora: Uenhis

FEDERAL SEGUROS S/A

Circulante: Erica / Vomuzza

Revisão das Compressas e Instrumentos:

Início: 13:25

Fim: 12:30

Duração:

FEDERAL SEGUROS S/A

27 SET. 2012

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1) Paciente em DDH sob anestesia geral e TMT.

2) Preparo labial do campo operatório + drenos com curativos.

3) Acesso parietal lateral e, hemitomia, incisão orbitária das orelhas, drenos subperiosteais; abordagem de fratura parietal lateral.

4) Acesso sublabial superior e, hemitomia, incisão, drenos subperiosteais, abordagem de fratura pilon médio de face.

5) Redução das fraturas sob visão direta.

6) Fixação das fraturas com sistema 1.5mm em titânio.

7) Tossileto das F.O.s com 5F 99%.

8) Revisão de hemitomia.

9) Sutura das planas profundas com vicryl 3-0.

10) Sutura de pele com vicryl 5-0.

11) Aspiração de vias aéreas superiores.

12) curativo.

Dr. Jonhas Mont. Silva Capobianco
Cirurgião (a)



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA.
HOSPITAL WILSON ROSADO

CNPJ: 35.650.324/0001-50
Rua Dr. João Marcelino, 429
Telefax: (84) 3317-3603
Mossoró/RN - CEP: 59.611-200

FEDERAL SEGUROS S/A
27 SET. 2012

Nome: Francisco Brindis de Carvalho 35

Reg. Geral: 92231 Convênio: SUS Unidade/leito: 203-4

Clinica: unije Bucareste Data: 26 / 7 / 12

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOTA DE SA CA

Reicente preso sob guarda geral por
Reatung orbitaria a E. Aps. xantio com
intercomunicacões. Reicente segue a sala de Reapera-
cao.

- ① Dieta zero
- ② 50.9% 1000ml EV
- 56.5% 1000ml EV
- ③ Cefotaxima 1g + 4s EV 016h
- ④ Decadron 4mg EV 818h
- ⑤ Difenidol 2ml + 84s EV 016h
- ⑥ Omeprazol 40mg EV ao dia
- ⑦ Derivato Elenado 45°
- ⑧ Proibido Derivato Lateral E!
- ⑨ Comprimido de Gelo em face 03103h
- ⑩ SSN + CCG

J.R.L./3192-PN.

Enm TE mpt. 20.00h.

① DE + 5.12V EFT-V.P.

① 2x 805 - 0 P E M A T R A Z - 6 s M o n e v o .

APRAZAMENTO

RECEBEMOS EM

25 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

$\frac{10}{3}$
 $\frac{5}{4}$
 $\frac{1}{2}$ 18 24 36
 $\frac{1}{3}$ 20 40
 $\frac{1}{4}$ 18 24 36
 16
 $\frac{1}{5}$ 18 24 36
 $\frac{1}{6}$

Jarbas Miguel Frey, Dentista
ENDODONTIA
CIRURGIA BUCCOMAXILOFACIAL
IMPLANTES DENTARIOS
CRO-RN 1099

Jarbas Miguel
ENDODONTIA
CIRURGIA BUCA
IMPLANTES DENT
CRO-RN 1029

INDEX OF ADMINISTRATIVE





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA. HOSPITAL WILSON ROSADO

CNPJ.: 35.650.324/0001-50
Rua Dr. João Marcelino, 429
Telefax: (84) 3317-3603
Mossoró/RN - CEP: 59.611-200

Nome: FABRÍCIO EMERSON DE CARVALHO Idade: 35
Reg. Geral: 92231 Convênio: SUS Unidade/Leito: 203-4
Clínica: QUIMIOTERAPIA Data: 23/07/12

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

2º D.P.O.
PAC. NO 2º D.P.O. DE TI CIRCULOP
VE CONSTRUT DE PAREDES ORBITÓRIAS
EVOLVINDO SE TIS SATISFATORIAMENTE, SI
REVEIXA ALICIAS, FEBRAL, EDEMA
PÓSTIO COMPATÍVEL E PROCEDEMENTE
A PRESCRIÇÃO, PRESENÇA DE SON-
NAMENTO ATIVO. OUTRA HOSPITALAR.

14
DIRETO LAMINAR-VIO.
@ S.F. 0,97. FEBRAL | 24/08/12 MIN-EV
S.O. S.O. 500 ml
@ CE PAROTIDIANA 27 + 60 6/67 EV
@ DECAONVYNA 8132 EV
@ D. PIRANHA 2 ml + 800 6/67 EV
@ OMEPRAZOL 40 mg - 2 x DIA - EV
@ DE CUBITO ELE VAO 45°
@ CURVATURA GELODA EM PACE 03/12
@ RX PÓS-OPERATÓRIO.

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA POR:

MISSIV A. C. C. L. T Isabel Maria N

RECEBEMOS EM

25 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

16

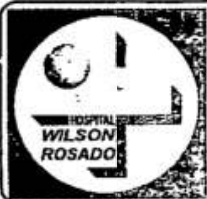
FEDERAL SEGUROS

27 SET. 2012

19 20
10 16 22 04
10 18 02
16 16 22 04
06
OK

Jorge Luiz Pires
Cirurgião Geral
T. 3317-3603
O. 3317-3603





**CARDIODIAGNÓSTICO LTDA.
HOSPITAL WILSON ROSADO**

C.N.P.J.: 35.650.324/0001-50 - Rua Dr. João Marcelino, 429
Telefax: (84) 3317-3603 - Mossoró/RN - CEP: 59.611-200

Paciente: Francisco Eriberto de Carvalho Idade: 35 Registro: 1300099014

Setor: III Médico: Dr. João Miguel Enferm./Leito: 203-04

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
25/07	22:00h	Paciente admitido neste setor hospitalar procedente de sua residência a acompanhada de familiares e em cadeira de rodas do exame: consciente, orientado, afébril, respirando 18 lpm, piente. Sítio Nega DM e HAS e alergia a medicamentos. Se interna para submeter um procedimento cirúrgico e segue aos cuidados da equipe de enfermagem.	RECEBEMOS EM 25 SET. 2012 18 FEDERAL SEGUROS S/A
26/07	8:00h	Paciente consciente, orientado, afébril, oxigênio normal, em MP, em dieta zero ingestão de líquidos, ficando sob os cuidados da equipe de enfermagem.	513142 M ^{re} de Jesus
27 SET. 2012			10654 Teresa Rêde
26.07	09:44	Paciente transferido para o CC, com orientações, em venoclise perfuro -	243.813 Thalmar
		John recebe paciente no CC, sendo da enfermeira substituída pelo procedimento cirúrgico por Dr. João Miguel.	
26.07.12	11:20	Início da anestesia geral -	
		cl Dr. Enock, em seguida -	
		paciente entubado com sucesso	Verniza 384000
26.07.12	11:25	Início do ato cirúrgico -	
		Dr. João e auxiliar Dr. -	

