

---

**Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200325128**

**Vítima: EIRROS SANTOS DE SOUZA**

**Data do Acidente: 21/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANA CRISTINA DANTAS SARAIVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), EIRROS SANTOS DE SOUZA**

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200325128

Vítima: ERIRROS SANTOS DE SOUZA

Data do Acidente: 21/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANA CRISTINA DANTAS SARAIVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERIRROS SANTOS DE SOUZA

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um 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: ERIRROS SANTOS DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 00000614-9

Conta: 0000026897-6

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

089-063-98417

4 - Nome completo da vítima:

Carneiro Santos de Souza

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

5 - Nome completo:

Carneiro Santos de Souza

6 - CPF:

089-063-984-17

7 - Profissão:

Recupero

8 - Endereço:

R. José Fereire Sobrinho

9 - Número:

03

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Wafu Pontal

13 - Estado:

RO

14 - CEP:

59235-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



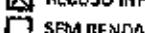
RECUSO INFORMAR



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA 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: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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 médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou resíduo (herança)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Wafu Pontal, 12/09/2020

Carneiro Santos de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rede Mais Voce

Via Cliente

XUXU MULTIMARCAS

Pos: 78790001 LT: 869 Doc: 6 Oper: 178790

24/09/20 14:49:50

COBAN: 078790 LOJA: 0001 PDV: 1130301

24/09/2020 BANCO DO BRASIL 14:49:48

070179001 CORRESPONDENTE BANCARIO 0191

COMPROVANTE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE

EM DINHEIRO

CLIENTE: ERIRIOS S SOUZA

AGENCIA: 0614-9 CONTA: 25.397-6

DATA 24/09/2020

NR. DOCUMENTO 7.017.879 000.191

VALOR DINHEIRO 10.00

VALOR TOTAL 10.00

NR. AUTENTICACAO D.026.209.661 IF9.A46

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 089-063-984-17 4 - Nome completo da vítima: Ernandes Santos de Souza

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

5 - Nome completo: Ernandes Santos de Souza 6 - CPF: 089-063-984-17

7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: R. José Fernando Góes 9 - Número: 03 10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Nasf. Paulista 13 - Estado: SP 14 - CEP: 59235-000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 614 9 CONTA: 26605 1

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Nasf. Paulista 12/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

Unidade Policial: 9ª DELEGACIA REGIONAL - SANTA CRUZ  
Endereço: RUA JOAQUIM ROGERIO, 270, DNER, SANTA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020076000495 1.2 Data de Expedição: 21/05/2020 15:06:02  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 21/04/2020 21:30:00 2.2 Autoria: Conhecida  
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não  
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo 2.7 Logradouro: SÍTIO BARROS PRETO  
2.6 Tipo do local: Rural 2.8 CEP: 59.235-000  
2.8 Número: SN 2.9 CEP: 59.235-000  
2.10 Complemento: 2.11 Ponto de Referência:  
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTOS E FAZENDAS 2.13 Cidade: LAJES PINTADAS  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ERIRROS SANTOS DE SOUZA 3.2 Estado civil: Solteiro(a)  
3.3 Nome Social: 3.4 Pai: JOSÉ ERIVALDO DE SOUZA  
3.5 Etnia: Branca 3.6 Mãe: ROSA MARIA DOS SANTOS  
3.7 Sexo: FEMININO 3.8 Orientação Sexual:  
3.9 CPF: 08808398417 3.10 Identidade de Gênero:  
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 03/05/1991  
3.13 Profissão: ESTUDANTE 3.14 RG: 2050742 - ITEPIRN  
3.15 Telefone(s): 84 981560857 3.15 Passaporte:  
3.17 Número: 03 3.18 Nacionalidade: CURRAIS NOVOS RN  
3.19 Bairro: CENTRO 3.20 E-Mail:  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: RUA JOSÉ FERREIRA SOBRINHO  
3.23 Cidade: LAJES PINTADAS 3.24 CEP: 59235000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VITIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VITIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:  
7.1.3 Chassi: 9C2KC2500HR008546 7.1.4 Renavam: D1114159937  
7.1.5 Placa: QGK9752 7.1.5 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: CG 160 START  
7.1.9 Ano do Modelo: 2016 7.1.10 Ano de Fabricação: 2016  
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
7.1.13 Nota Fiscal: 7.1.14 Número do Motor:  
7.1.16 Nome do proprietário: EDIVALDO MONTEIRO DE SOUZA 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:  
7.1.17 Nome do condutor: ERIRROS SANTOS DE SOUZA  
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A VITIMA DECLARA QUE TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA ACIMA CITADA E QUE IA DO SÍTIO BARROS PRETO PARA A CIDADE DE LAJES PINTADAS/RN; QUE NO DIA DO ACIDENTE ESTAVA CHOVENDO MUITO; QUE A VITIMA SO LEMBRA QUE IA DEIXAR UMAS ROUPAS PARA UMA MOÇA DO SÍTIO BARROS PRETO CONHECIDA PELO NOME DE RAQUEL; QUE NÃO SE LEMBRA DE COMO OCORREU O ACIDENTE, MAS QUE A SUA TIA A ENCONTROU CAÍDA NO ACOSTAMENTO E A MOTOCICLETA NO CHÃO; QUE SUA TIA, POR COINCIDÊNCIA FICOU SABENDO QUE TINHA HAVIDO UM ACIDENTE COM UMA MOÇA NUMA MOTOCICLETA E AO PASSAR PELO LOCAL DESCOBRIU QUE ERA SUA SOBRINHA; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA AMBULANCIA DO MUNICIPIO DE LAJES PINTADAS/RN PARA ESTA MESMA CIDADE E DEPOIS ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL WILFREDO GURGEL, EM NATAL/RN; QUE A VITIMA QUEBROU O NARIZ, MAXILAR E O BRAÇO DIREITO, A QUAL TEVE QUE PASSAR POR DUAS CIRURGIAS, SENDO UMA NO WILFREDO GURGEL E OUTRA NO HOSPITAL DEOCLECIO EM PARNAMIRIM/RN. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO DE B.O E UMA VIA ENTREGUE A VITIMA.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.  
Data 21/05/2020 15:06:02

134.579-3  
Policial

Erirros Santos de Souza  
Interessado



Atendimento: 1945793 - IRAMAR FÉLIX SILVA  
Impressão por: 1945793 - IRAMAR FÉLIX SILVA em 21/05/2020 15:08:11

Protocolo: J2020076000495 - Código de autenticação: cf18a8aa83a23310227ed42c0b2hccf3

 Mod. 184.579-3

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

722200/0000000

4

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 089-063-984-17 4 - Nome completo da vítima: Ernandes Santos de Souza

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

5 - Nome completo: Ernandes Santos de Souza 6 - CPF: 089-063-984-17  
7 - Profissão: leitor 8 - Endereço: R. José Fernando Góes 9 - Número: 03 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Nas Freguesas 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59235-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 614 9 CONTA: 26605 1  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nasceres)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Nas Freguesas 12/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERIROS SANTOS DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00614-9

CONTA: 000000026897-6

---

Nr. da Autenticação 5C0E49562DC3B362

# CAIXA

A vida pede mais que um banco



14133



57211724



0413 - CTC SANTO ANDRÉ SPH PLAS

UNTA DE POSTAGEM

ERIRROS SANTOS DE SOUZA  
RUA JOSE FERREIRA SOBRINHO, 03  
CENTRO  
59235-000 LAJES PINTADAS RN



7211307021258890000001173480170216

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

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



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
Ligações Gratuitas:  
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116  
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
-Ouvidoria 0800 084 0404  
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte  
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167  
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

ANA CRISTINA DANTAS SARAIVA

CPF: 016.395.534-44

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA LUA CRESCENTE 400

QD- 15 LT- 321  
BELLA LUNA/AREA RURAL  
59162-000 SAO JOSE DE MIPIBU RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br)

## DATA DE VENCIMENTO

15/05/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

45,26

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/05/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/05/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

041837964

Série: U

## CONTA CONTRATO

007015952215

Nº DO CLIENTE  
3011240476

Nº DA INSTALAÇÃO

0002793326

## CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

A10C.3F2C.8F36.A214.A08E.982F.EA63.982E

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO                                | QUANTIDADE | PREÇO      | VALOR (R\$) |
|------------------------------------------|------------|------------|-------------|
| Consumo Ativo(kWh)-TUSD                  | 59,00      | 0,33236752 | 19,60       |
| Consumo Ativo(kWh)-TE                    | 59,00      | 0,32742103 | 19,31       |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal         |            |            | 4,47        |
| Multa por atraso-NF 040293649 - 08/04/20 |            |            | 1,82        |
| Juros por atraso-NF 040293649 - 08/04/20 |            |            | 0,02        |
| Atualização IGPM-NF 040293649 - 08/04/20 |            |            | 0,04        |
| TOTAL DA FATURA                          |            |            | 45,26       |

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS            |       |                  | PIS             |      |                  | COFINS          |      |                  |
|-----------------|-------|------------------|-----------------|------|------------------|-----------------|------|------------------|
| BASE DE CÁLCULO | %     | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO |
| 38,91           | 18,00 | 7,00             | 38,91           | 0,96 | 0,37             | 38,91           | 4,42 | 1,71             |

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,25466000  
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,25087000

## HISTÓRICO DO CONSUMO

|     |    |  |  |  | kWh |
|-----|----|--|--|--|-----|
| MAI | 20 |  |  |  | 59  |
| ABR | 20 |  |  |  | 138 |
| MAR | 20 |  |  |  | 121 |
| FEV | 20 |  |  |  | 60  |
| JAN | 20 |  |  |  | 64  |
| DEZ | 19 |  |  |  |     |
| NOV | 19 |  |  |  |     |
| OUT | 19 |  |  |  |     |
| SET | 19 |  |  |  |     |
| AGO | 19 |  |  |  |     |
| JUL | 19 |  |  |  |     |
| JUN | 19 |  |  |  |     |
| MAI | 19 |  |  |  |     |

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

|                       | R\$   | %     |
|-----------------------|-------|-------|
| Geração de Energia    | 13,85 | 35,59 |
| Transmissão           | 1,53  | 3,93  |
| Distribuição (Cosern) | 9,63  | 24,75 |
| Encargos Setoriais    | 2,24  | 5,76  |
| Tributos              | 9,08  | 23,34 |
| Perdas de Energia     | 2,58  | 6,63  |
| TOTAL                 | 38,91 | 100   |

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NÚMERO DO MEDIDOR  | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR          | ATUAL             | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|--------------------|----------------|-------------------|-------------------|---------|-----------|--------|-------------|
| 000000002190488724 | CAT            | 08/04/2020 395,00 | 08/05/2020 454,00 | 30      | 1,00000   | 0,00   | 59,00       |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 08/06/2020

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| DESCRIÇÃO                                                                                          | CONJUNTO          | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------|-------------|------------|---------------------|
| mar/2020                                                                                           |                   |               |             |            |                     |
| DIC-No.de horas sem Energia                                                                        | PASSAGEM DE AREIA | 0,00          | 10,44       | 20,88      | 41,76               |
| FIC-No.de vezes sem Energia                                                                        |                   | 0,00          | 7,44        | 14,89      | 29,79               |
| DMIC-Duração máxima de interrupção contínua                                                        |                   | 0,00          | 5,58        | 0,00       | 0,00                |
| DICRI-Duração de interrupção em dia crítico                                                        |                   |               |             |            | Limite DICRI: 16,60 |
| EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 15,02                                                           |                   |               |             |            |                     |
| Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo. |                   |               |             |            |                     |

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Coronavirus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse [saude.gov.br/coronavirus](http://saude.gov.br/coronavirus)

## NÍVEIS DE TENSÃO

| TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) |        |
|-------------------|-----------------------|--------|
|                   | MÍNIMO                | MÁXIMO |
| 220               | 202                   | 231    |

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO |
|----------------|---------|--------------------|------------|--------------------|
| 007015952215   | 05/2020 | 45,26              | 15/05/2020 |                    |

838100000000 452600384070 015952215207 016478089330



Evite dobrar, rasgar ou danificar este canhoto será usado em leitora ótica.

# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCÍITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Ana Cristina Dantas Santana

inscrito (a) no CPF/CNPJ 036-395-534, 44

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Eurico Santos de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 089-063-984, 17

do sinistro de DPVAT cobertura inicial

da Vítima Eurico Santos de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 089-063-984, 12, 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 Nova Lusitânia</u> | Número: <u>400</u>                 | Complemento: _____ |
| Bairro: <u>Bela Vista</u>           | Cidade: <u>São José de Ribamar</u> | Estado: <u>RN</u>  |
| E-mail: _____                       | CEP: <u>59162-000</u>              | Tel. (DDD): _____  |

Local e Data:

João Antônio 27-07-2020

Ana Cristina D. Santana

Assinatura do Declarante

# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>3</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCÍITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ana Cristina Dantas Santana

inscrito (a) no CPF/CNPJ 036-395-534, 44, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Eurico Santos de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 089-063-984, 17

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Eurico Santos de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 089-063-984, 12, 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 Nova Lusitânia</u> | Número: <u>400</u>                 | Complemento: _____ |
| Bairro: <u>Bela Vista</u>           | Cidade: <u>São José de Ribamar</u> | Estado: <u>RN</u>  |
| E-mail: _____                       | CEP: <u>59162-000</u>              | Tel. (DDD): _____  |

Local e Data: João Pessoa 27-07-2020

Ana Cristina D. Santana

Assinatura do Declarante

**UNIDADE MISTA DE LAJES PINTADAS**

Rua Governador Walfredo Gurgel, 173 - Centro

CEP: 59235-000 - Fone: (84) 98760-8261

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**

|                                                 |                    |                                 |                    |
|-------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------|--------------------|
| Nome: <i>Eli Rose Mantovano Santos da Silva</i> |                    | Idade: <i>28</i>                |                    |
| Data Nasc.:                                     | Sexo: ( ) F (X) M  | Estado Civil:                   | Cor:               |
| RG:                                             | Data de Expedição: |                                 | Naturalidade:      |
| CPF:                                            | Outros:            |                                 |                    |
| End.:                                           |                    |                                 | Cidade:            |
| Filiação:                                       | Pai:               |                                 |                    |
|                                                 | Mãe:               |                                 |                    |
| Data: <i>21 10 4 12020</i>                      |                    | Hora de Entrada: <i>21 1 15</i> |                    |
| PA: <i>80 160</i> mmHg                          | FC: <i>120</i> bpm | Temp: <i>36.5</i> °C            | Peso: <i>65</i> kg |

QP: Paciente com reações leves após ajuste de med. SAT=99% O2

HD e Exame Clínico:

Diagnóstico:

Conduta:

**DESTINO DO PACIENTE:**

|                         |                                                           |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Ficou no local: ( )     | Retirou por decisão médica ( ) À Revelia ( ) À pedido ( ) |
| Encaminhamento para:    |                                                           |
| Óbito em ____/____/____ | Causa do Óbito:                                           |
| Diagnóstico Final:      |                                                           |
| Data: ____/____/____    | Hora: ____:____                                           |

*Despacho*

Ass. Médico - Carimbo

contato com Sérgio Brasil para disponibilizar carro para 17  
hemodiálise, sem sucesso. Envia Jackson na ambulância.  
Plantação segue tranquilo, apenas atendimentos contínuos  
forais. À 14:30, Alex é acionado na ambulância para  
passar paciente de hemodiálise. Finaliza plantão deixando seto-  
res organizados e abastecidos e materiais esterilizáveis.

#Comissão Noronha

21.04.2020

Carpe:

Médico: Dr. Gabriel

Enf: Anderson Alves

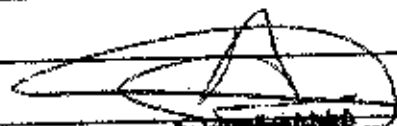
Ata de Enf: Viviane + Reginaldo

Motoristas: José + Alex

Vigia: Murilo

ASG: Felipe

Recesso: Unidade U. Sorocaba Unifor e ASG U-  
do, U. 2 ambulância disponível + 1 carro paratub-  
o, Dr. a Garibaldi. À 7 horas TFC de  
enfase (Reginaldo) foi a residência de 2  
pac P/ Adm. Ingresso U. Noronha. À 21 horas  
Médicos em plantão, Acidente de moto, São  
Cristóvão de 28 anos, com lesões variadas e fratur-  
a de osso da mão ss e lesão em fratura  
aberta, braço e perna, U. SJUV 12x9cm  
37% e 100 FC (bpm) relatado ao UH Noronha  
e realizado transporte por ar (Anderson)  
motoristas José, chegando às 4 horas da manhã  
Finaliza plantão ss outros procedimentos  
seção. Para amanhã ASG 20:00 e UH.

  
COORDENADOR

Operância Noturna 21.04.2020

Equipe: Dr. Gabriel

Enfermeiro: Anderson

Técnicos de E.H. Regiane + Luciane

Monitorar: Alex + João Maria

At. Felipe

Vigia: Waldenir

Imies plantão com setores limpos / organizados  
por disponibilidade, 2 ambulâncias + xuí. Segue o plantão  
com uma atenuação de uma pessoa vítima de a  
dente de moto, orientada, orientada, com várias lesões  
no corpo foi resgatada p H.W. Segue plantão Treguier  
do setor, mais com a graça de Deus.

Região P. 61 C  
F. 61 C  
CORR 1.043.45

Operância Noturna 22.04.2020

Equipe: Dr. Eriberto

Enfermeiro: Nataniel

Técnicos de Enfermagem: Regiane + Rosamunda

Monitorar: Luciane + Alexandre

At. Felipe

Vigia: Waldenir

Imies plantão com setores limpos / organizados  
por disponibilidade, 2 ambulâncias. Segue plantão com uma  
atenuação de regiane. Foi vítima de 2 xco que estava com  
um suspiro de Ave. Ainda a sofrer a vítima por  
em alguns 12. Foi acionado S.H.W., com alguns  
se estabilizara. Foi vítima de 10.30h foi uma vítima  
de 10.30h. Imies plantão com a graça de Deus.

Região P. 61 C  
F. 61 C  
CORR 1.043.45



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 18803 /2020

Admissão: 22/04/2020 00:32:32

**CIRURGIA GERAL - AMARELO**

Paciente: **171415 - EIRROS SANTOS DE SOUZA** (29 a 15 d)

Nascimento: 03/05/1991 Natural: CURRAIS NOVOS, BRASIL

CNS: 700507133471353 CPF: 08906398417

Mãe: ROSA MARIA DOS SANTOS Pai:

Logradouro: JOSE FERREIRA SOBRINHO, 3

CEP: 59235000 Bairro: CENTRO

Telefone: 84 987164887

Compl:

Sexo: F Cor: PARDA

Prof: FUNC. PÚBLICA MUN.

Cidade: LAJES PINTADAS

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: LAJES PINTADA

Classificação: 22/04/2020 00:29:36

| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FiO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS |
|------|------|-----|-------|------|------|------|-------|---------|-----|
|      |      |     |       |      |      |      |       |         |     |
|      |      |     |       |      |      |      |       |         |     |
|      |      |     |       |      |      |      |       |         |     |
|      |      |     |       |      |      |      |       |         |     |

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA**

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA COM TRAUMA DE FACE E DOR EM OMBRO DIREITO

Hora: \_\_\_\_\_

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

A  
B  
C  
D  
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

\*Saída: 22/04/2020 07:12:50 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID



9010171415

Paciente: 171415 - ERIRROS SANTOS DE SOUZA

FIA: 4-4044/2020

Idade: 29 ano(s) 0 mes(es) e 15 dia(s)

Prescrição Nº: 7

Hospital / Unidade: WG - 4 ANDAR

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1196248

Peso:

Data Internação: 22/04/2020 07:12

Início Validade: 28/04/2020 19:00 até 29/04/2020 18:59

Quarto / Letto: 11 - 436

Médico Resp.: 1-MEDICO PLANTONISTA

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

28/04/2020 07:31:12 - Alta da NCR EM 22 04 FRATURA UMERU PROXIMAL DIR, ESCORIAÇÕES MUTIPLAS EM FACE  
ACORDADA EUPNEICA BOTE, REFERE DOR JOELHO DIR E PUNHO ESQ, SOLC RX E LABORAT EM 23 04  
RX JOELHO E PUNHO SEM FRATURA, CURATIVO NAS ESCORIAÇÕES, EXAMES LAB SATISFATÓRIOS  
AGUARDA TRANSF PELA CMR SESAP

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## NUTRIÇÃO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

1 - LIVRE

## MEDICAMENTO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

2 - DIAZEPAM 10 MG

1 COM VO 24h/24h 20

3 - AMITRIPTILINA 25 MG

1 COM VO 24h/24h 18

4 - CEFTAZIDIMA 1G (1FA+10ML ABD)

1 FA IV 12h/12h 00 12

5 - RANITIDINA 25MG/ML - 2 ML

1 AMP IV 12h/12h 06 18

6 - ENOXAPARINA 40MG/0.4 ML SC

1 SER SC 24h/24h 18

7 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML  
S/N vômitos/na

1 AMP IV 8h/8h

8 - TRAMADOL 50MG/ML - 2ML  
Diluição: 100ml 8F0,9%

1 AMP IV 8h/8h 22 06 14

## CUIDADOS

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

9 - JELCO HIDRATADO

10 - CURATIVO

Obs.: NAS ESCORIAÇÕES

11 - SSVV + COGG

RODRIGO JOSÉ FERNANDES CABRAL  
CRM-6046/RN



90101171415

Paciente: 171415 - ERIRROS SANTOS DE SOUZA

BAA: 4-18803/2020

Idade: 29 ano(s) 0 mes(es) e 15 dia(s)

Prescrição Nº: 2

Hospital / Unidade: WG - POLITRAUMA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Arquivo:

Peso:

Data Atendimento: 22/04/2020 00:32

Início Validade: 22/04/2020 07:03 até 23/04/2020 18:59

Sala: POLITRAUMA

Médico Resp.: 1-MEDICO PLANTONISTA

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

22/04/2020 07:04:08 - ORTOPEDIA

HD: FRATURA DE UMERUO PROXIMAL DIREITO (JÁ LIBERADA DA CIRURGIA GERAL, NCR E BUCO)

CD: NIR + PRESCRIÇÃO + atb

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## NUTRIÇÃO

1 - (A) LIVRE (da prescrição 00001 alterada)

## SOLUÇÃO

2 - (SOLUÇÃO da prescrição 00002 alterada)

a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML  
SIST. F

Tempo: 11904,76h

## MEDICAMENTO

3 - (A) METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML (da prescrição  
00001 alterada)

S/N em caso de vômitos

Obs.: +18 ml de ABD

4 - (A) OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.) (da prescrição  
00001 alterada)5 - (A) TRAMADOL 50MG/ML - 2ML (da prescrição 00001  
alterada)

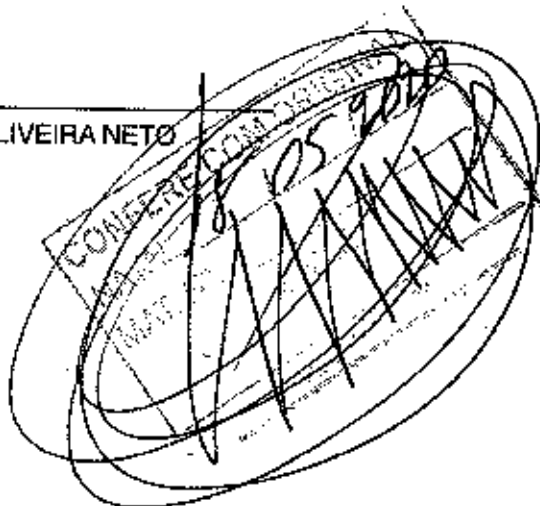
Diluição: 100ml SFO.9%

6 - CEFOTAXIMA 1G (1FA+4ML ABD)  
Diluição: 100ml SFO.9%

## CUIDADOS

7 - (A) CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS (da prescrição  
00001 alterada)

8 - (A) CURATIVO DIÁRIO (da prescrição 00001 alterada)

FRANCISCO CABRAL DE OLIVEIRA NETO  
CRM-8522/RN



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL ESTADUAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



**Paciente:** **171415 ERIRROS SANTOS DE SOUZA**

Nascimento: 03/05/1991 Idade: 29 ano(s) 1 mes(es) 1 Natural: RN CURRAIS NOVOS

Sexo: Feminino

CNS: 700507133471353 CPF: 08906398417

Cor: PARDA

Prof: FUNC. PUBLICA MUN.

Mãe: ROSA MARIA DOS SANTOS

Pal:

Endereço: RUA JOSE FERREIRA SOBRINHO, 3 - CENTRO - LAJES PINTADAS

Cidade: RN LAJES PINTADAS

CEP: 59235-000 Telefone: (84) 987164887

**BOLETIM Nº: 18803/2020**

Sala Inicial: **POLITRAUMA**

**- AMARELO - 60 Min**

Triagem: 22/04/2020 00:29

Admissão: 22/04/2020 00:32

Boletim: 22/04/2020 06:52

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. INTERIOR

Queixa: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA COM TRAUMA DE FACE E DOR EM OMBRO DIREITO

Observação: LAJES PINTADA

**HISTÓRIA CLÍNICA**

Paciente alega acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não Profissão e Empresa:

Notif. de viol. interpessoal/autoagressão: ☐ Sim ☐ Não

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRANSITO HA CERCA DE 09 HORAS. JÁ AVALIADA E LIBERADA PELA CIRURGIA GERAL, NEUROCIRURGIA E CIRURGIA BUCO-MAXILO FACIAL. VEM PARA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA APRESENTANDO FRATURA DE UMEROS PROXIMAL DIREITO + FERIMENTOS EM PE E COTOVELO DIREITO. REALIZADO LIMPEZA COPIOSA, ANESTESIA E SUTURA SIMPLES DE FERIMENTOS + INTERNAMENTO.

Alergia:

Medicação em uso:

**EXAME FÍSICO**

BEG, LOC, AAA. ALGO AGITADA. DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO. FERIMENTOS EM FACE E DIVERSAS ESCORIAÇÕES.

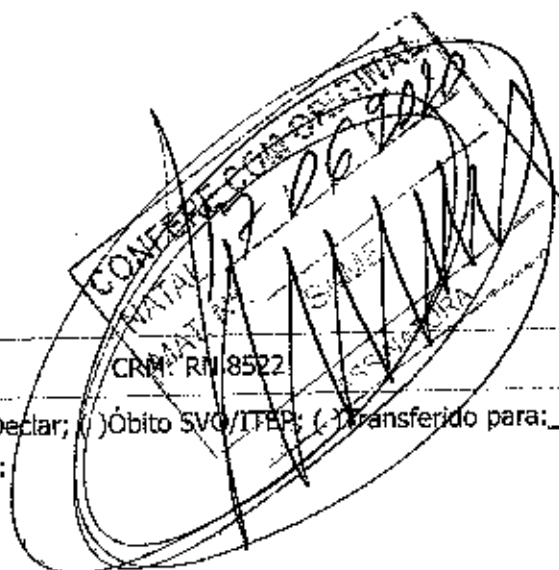
Solicito exames:

Profissional: FRANCISCO CABRAL DE OLIVEIRA NETO

Saída: ( ) Liberação Médica; ( ) Revela; ( ) Internação; ( ) Óbito c/Declar; ( ) Óbito SVO/ITER; ( ) Transferido para:

Data e Hora da Saída: \_\_\_/\_\_\_/2019 \_\_\_:\_\_\_

Médico:



**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou \_\_\_\_\_

CNES: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**Nome: **171415 EIRROS SANTOS DE SOUZA**

Prontuário: 1196248

CNS: 700507133471353

Nascimento: 03/05/1991

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: ROSA MARIA DOS SANTOS

Pai: \_\_\_\_\_

Endereço: RUA JOSE FERREIRA SOBRINHO, 3 - CENTRO - LAJES PINTADAS

Fone: 987164887 /

Município: LAJES PINTADAS

Código Municipal IBGE: \_\_\_\_\_

240680 UF: RN

CEP: 59235-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 14872 / 2020

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: *na 1ª e 2ª avaliação de 03/05/2020*

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRANSITO HÁ CERCA DE 09 HORAS. JÁ AVALIADA E LIBERADA PELA CIRURGIA GERAL, NEUROCIRURGIA E CIRURGIA BUCO-MAXILO FACIAL. VEM PARA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA APRESENTANDO FRATURA DE UMEROS PROXIMAL DIREITO + FERIMENTOS EM PE E COTOVELO DIREITO. EX. FÍSICO: BEG, LOC, AAA, ALGO AGITADA. FERIMENTO EM PE E COTOVELO DIREITO, ALÉM DE DIVERSAS ESCORIAÇÕES E TRAUMA EM FACE. REALIZADO LIMPEZA COPIOSA, ANESTESIA E SUTURA SIMPLES DE FERIMENTOS + INTERNAMENTO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

AS ACIMA DESCRITAS

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

HC + EF + HC

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S42.2 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMEROS\*408020334. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FJ

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

UMERO PROXIMAL, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

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

Profissional Solicitante / Assistente:

FRANCISCO CABRAL DE OLIVEIRA NETO

CRM: 8522 / RN

Data da Solicitação 22/04/2020

**PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**☐ Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_

Nº do bilhete: \_\_\_\_\_

Série: \_\_\_\_\_

☐ Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_

CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_

CBOR: \_\_\_\_\_

☐ Acidente de Trabalho Trajeto

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

**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Número da Autorização: \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

Paciente: 171415 - ERIRROS SANTOS DE SOUZA

BAA: 4-18803/2020

Idade: 29 ano(s) 1 mes(es) e 14 dia(s)

Prescrição Nº: 2

Hospital / Unidade: WG - POLITRAUMA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Arquivo:

Peso:

Data Atendimento: 22/04/2020 00:32

Início Validade: 22/04/2020 07:03 até 23/04/2020 18:59

Sala: POLITRAUMA

Médico Resp.: 1-MEDICO PLANTONISTA

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

22/04/2020 07:04:08 - ORTOPEDIA

HD: FRATURA DE UMEROS PROXIMAL DIREITO (JÁ LIBERADA DA CIRURGIA GERAL, NCR E BUCO)

CD: NIR + PRESCRIÇÃO + atb

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## NUTRIÇÃO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

1 - (A) LIVRE (da prescrição 00001 alterada)

## SOLUÇÃO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

2 - (SOLUÇÃO da prescrição 00002 alterada)

a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML  
SIST. F

1.500 BOLS

Tempo: 11904,76h

## MEDICAMENTO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

3 - (A) METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML (da prescrição  
00001 alterada)

1

AMP

IV

8h/8h

S/N em caso de vômitos

Obs.: +16 ml de ABD

4 - (A) OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.) (da prescrição  
00001 alterada)

1

FR

IV

24h/24h

5 - (A) TRAMADOL 50MG/ML - 2ML (da prescrição 00001  
alterada)

1

AMP

IV

8h/8h

Diluição: 100ml SF0,9%

6 - CEROTAXIMA 10 (1FA+4ML ABD)

1

FA

IV

12h/12h

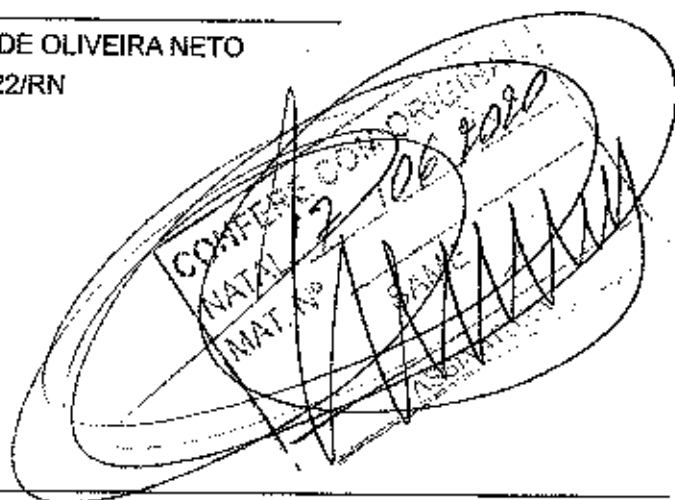
Diluição: 100ml SF0,9%

## CUIDADOS

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

7 - (A) CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS (da prescrição  
00001 alterada)

8 - (A) CURATIVO DIÁRIO (da prescrição 00001 alterada)

FRANCISCO CABRAL DE OLIVEIRA NETO  
CRM-8522/RN

Paciente: 171415 - ERIRROS SANTOS DE SOUZA

FIA: 4-4044/2020

Idade: 29 ano(s) 1 mes(es) e 14 dia(s)

Prescrição Nº: 7

Hospital / Unidade: WG - 4 ANDAR

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1196248

Peso:

Data Internação: 22/04/2020 07:12

Início Validade: 28/04/2020 19:00 até 29/04/2020 18:59

Quarto / Leito: 11 - 436

Médico Resp.: 1076-FRANCISCO CABRAL DE OLIVEIRA

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

28/04/2020 07:31:12 - Alta da NCR EM 22 04 FRATURA UMERU PROXIMAL DIR, ESCORIAÇÕES MÚTIPLAS EM FACE  
ACORDADA EUPNEICA BOTE, REFERE DOR JOELHO DIR E PUNHO ESQ, SOLC RX E LABORAT EM 23 04  
RX JOELHO E PUNHO SEM FRATURA, CURATIVO NAS ESCORIAÇÕES, EXAMES LAB SATISFATÓRIOS  
AGUARDA TRANSF PELA CMR SESAP

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## NUTRIÇÃO

1 - LIVRE

## MEDICAMENTO

2 - DIAZEPAM 10 MG

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

1 COM VO 24h/24h 20

3 - AMITRIPTILINA 25 MG

1 COM VO 24h/24h 18

4 - CEFOTAZIDINA 1G (1FA+10ML ABC)

1 FA IV 12h/12h 00 12

5 - RANITIDINA 25MG/ML - 2 ML

1 AMP IV 12h/12h 06 18

6 - ENOXAPARINA 40MG/0.4 ML SC

1 SER SC 24h/24h 18

7 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML  
S/N vômitos/na

1 AMP IV 8h/8h

8 - TRAMADOL 50MG/ML - 2ML

1 AMP IV 8h/8h 22 06 14

Diluição: 100ml SF0.9%

## CUIDADOS

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

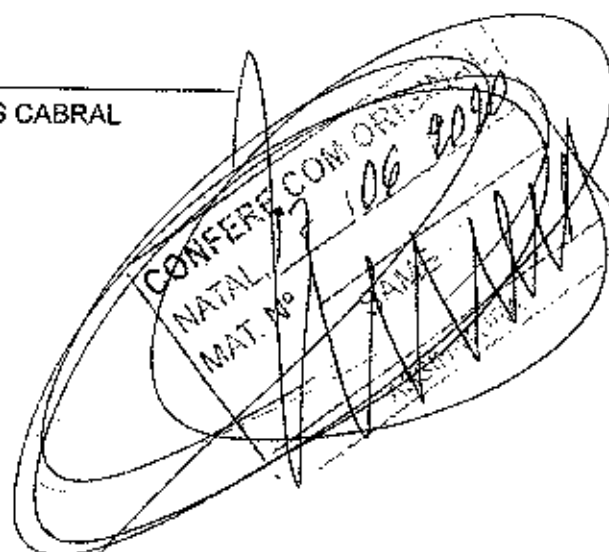
9 - JELCO HIDRATADO

10 - CURATIVO

Obs.: NAS ESCORIAÇÕES

11 - SSVV + CCGG

RODRIGO JOSE FERNANDES CABRAL  
CRM-6046/RN



Matr. - Rosa Maria dos Santos.  
Cartão do SUS 700.50413347-353



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM/RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 33 Antepedia

NOME: Eninos Santos de Souza

IDADE: 08.05.1991 COR: Branca SEXO: Femenino ESTADO CIVIL: Solteira

NATURALIDADE: Parnamirim-RN PROFISSÃO: Secretária PROCEDENCIA:

ENDEREÇO: Rua Yse Ferreira Sobrinho Nº 3 BAIRRO: Santa Rita

CIDADE: Parnamirim-RN DATA: 28.04.2020 HORA: 13:37 hrs.

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐

C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente encaminhado do  
HMWS apresentando fratura

EXAME FÍSICO De um membro proximal  
da perna direita

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

| HORA | PRESSÃO ARTERIAL | RESPIRAÇÃO | GLASGOW | SCORE FINAL | TEMP. | PULSO |
|------|------------------|------------|---------|-------------|-------|-------|
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |

DIAGNÓSTICO INICIAL

HRDML / SESAP

CONFERIR ORIGINAL

Parnamirim-RN, 28.04.2020

Mat. 207538

ONT. 2



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                      |                                      |         |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---------|
| 1- DATA                              | 1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE       | 2- CNES |
| 30/04/2020                           | HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA | 3515168 |
| 3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE        |                                      | 4- CNES |
| HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA |                                      | 3515168 |

Identificação do Paciente

|                                |                         |
|--------------------------------|-------------------------|
| 5- PACIENTE                    | 6- NUMERO DO PRONTUÁRIO |
| ERROS SANTOS DE SOUZA          | 169377                  |
| 7- CARTÃO NACIONAL DE USUÁRIO  | 8- DATA DE NASCIMENTO   |
| 700 5071 3347 1353             | 03/05/1991              |
| 9- SEXO                        | 10- RAÇA/COR            |
| FEMININO                       |                         |
| 11- NOME DA MÃE                | 12- TELEFONE DE CONTATO |
| ROSA MARIA DOS SANTOS          | 98718-4887              |
| 13- NOME DO RESPONSÁVEL        | 14- TELEFONE DE CONTATO |
| A MÃE                          |                         |
| 15- ENDEREÇO (RUA, Nº)         |                         |
| RUA JOSE FERREIRA SOBRINHO, 03 |                         |
| 16- MUNICÍPIO                  | 17- BAIRRO              |
| LAJES PINTADAS                 | CENTRO                  |
| 18- UF                         | 19- CEP                 |
| RN                             | 59235-000               |

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente hipertensa em uso de medicação, com quadro de hipertensão arterial sistêmica, com valores elevados de pressão arterial, com quadro de hipertensão arterial sistêmica, com valores elevados de pressão arterial, com quadro de hipertensão arterial sistêmica, com valores elevados de pressão arterial.

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

paciente com quadro de hipertensão arterial sistêmica, com valores elevados de pressão arterial, com quadro de hipertensão arterial sistêmica, com valores elevados de pressão arterial, com quadro de hipertensão arterial sistêmica, com valores elevados de pressão arterial.

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

exame físico e exame de sangue.

|                                |                      |                    |                              |
|--------------------------------|----------------------|--------------------|------------------------------|
| 23- DIAGNÓSTICO INICIAL        | 24- CID 10 PRINCIPAL | 25- CID 10 SECUND. | 26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| Exame físico e exame de sangue | S42.2                |                    |                              |

Procedimento Solicitado

|                                          |                            |
|------------------------------------------|----------------------------|
| 27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | 28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO |
| tratamento clínico                       |                            |

|             |                           |                 |                                              |
|-------------|---------------------------|-----------------|----------------------------------------------|
| 29- CLÍNICA | 30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO | 31- DOCUMENTO   | 32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |
|             |                           | ( ) CNS ( ) CPF |                                              |

|                                                 |                         |                                                       |
|-------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------|
| 33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | 34- DATA DA SOLICITAÇÃO | 35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |
|                                                 |                         |                                                       |

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

|                              |                        |                     |           |
|------------------------------|------------------------|---------------------|-----------|
| 36- ( ) AC. TRÂNSITO         | 39- CNPJ DA SEGURADORA | 40- Nº DO BILHETE   | 41- SÉRIE |
| 37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO  |                        |                     |           |
| 38- ( ) AC. TRABALHO TRAJETO | 42- CNPJ DA EMPRESA    | 43- CNAE DA EMPRESA | 44- CBO   |
|                              |                        |                     |           |

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

|                                      |                        |                                                |
|--------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------|
| 46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 47- COO. ORGÃO EMISSOR | 48- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |
|                                      |                        |                                                |

|                         |                                                       |
|-------------------------|-------------------------------------------------------|
| 49- DOCUMENTO           | 49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE          |
| ( ) CNS ( ) CPF         |                                                       |
| 50- DATA DA AUTORIZAÇÃO | 51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |
|                         |                                                       |

HRDML / SESAP  
CONFERIÇÃO ORIGINAL  
Pernambuco - RN, 10/05/2020  
Mat. 5153.8

# EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

|                                         |                                         |                                       |                                        |                                     |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA    | <input type="checkbox"/> NEUROLOGIA     | <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA   | <input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR | <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA | <input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL | <input type="checkbox"/> ORTOPEDIA    | <input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL   | <input type="checkbox"/> UROLOGIA   |
| <input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA  | <input type="checkbox"/> OTORRINO       | <input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA | <input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA   | <input type="checkbox"/>            |

## CONDUTA

Ass. do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE

|                                                                       |                                                                                 |                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL<br>HORA _____ HS              | <input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE<br><i>Ortopedia</i> | <input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____<br>HORA _____ PARA _____ |
| RETIROU-SE POR<br>DATA ____/____/____<br>ÓBITO ____/____/____         | DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/><br>HORA _____<br>HORA _____             | A REVELIA <input type="checkbox"/>                                           |
| ENTREGUE A FAMÍLIA <input type="checkbox"/>                           | S.V.O. <input type="checkbox"/>                                                 | I.T.E.P. <input type="checkbox"/>                                            |
| <p>MÉDICO (Carimbo) _____</p> <p>CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo) _____</p> |                                                                                 |                                                                              |



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

| CLÍNICA                        | REGULAÇÃO              | OBS                |
|--------------------------------|------------------------|--------------------|
| ORTOPEDIA                      | WALFREDO GURGEL        |                    |
| ENFERMARIA Nº                  | LEITO                  | PRONTUÁRIO         |
|                                |                        | 169377             |
| CATEGORIA                      | QIH                    | DATA               |
|                                |                        | 30/04/2020         |
|                                |                        | HORA               |
|                                |                        | 9:45               |
| PACIENTE                       |                        | DATA DE NASCIMENTO |
| ERIRROS SANTOS DE SOUZA        |                        | 03/05/1991         |
| ESTADO CIVIL                   | PROFISSAO              |                    |
| SOLTEIRA                       | SECRETARIA             |                    |
| ENDEREÇO (RUA, Nº)             |                        |                    |
| RUA JOSE FERREIRA SOBRINHO, 03 |                        |                    |
| MUNICIPIO                      | BAIRRO                 | UF                 |
| LAJES PINTADAS                 | CENTRO                 | RN                 |
| LOCAL DE TRABALHO              |                        | CEP                |
|                                |                        | 59235-000          |
|                                |                        | TELEFONE           |
|                                |                        |                    |
| FILIAÇÃO                       |                        |                    |
| ROSA MARIA DOS SANTOS          | JOSE ERIVALDO DE SOUZA |                    |
| RESPONSÁVEL                    |                        | TELEFONE           |
| A MAE                          |                        | 98716-4887         |
| ENDEREÇO                       |                        |                    |
| 8906398417                     |                        |                    |
| DIAGNOSTICO PROVISÓRIO         |                        |                    |
| DIAGNOSTICO DEFINITIVO         |                        |                    |

DATA DE ADMISSÃO

28.04.20

ALTA

03.05.20

ÓBITO

## HISTÓRIA CLÍNICA

paciente com fratura da  
mão proximal II metacarpo de  
fratura simples.

Cx: Vx

HISTÓRIA CLÍNICA

HRDML / SESAP  
CONFÉRI C/O ORIGINAL  
Pantamirim-RN, 10/05/20

hede... Mat. 20/05/20



Hospital

Nome do paciente

Ernaneu Santos de Souza

Nº prontuário

Data operação

Erf.

Operador

Ernaneu

Leito

2º auxiliar

1º auxiliar

Ernaneu

Anestesiologista

3º auxiliar

Instrumentador

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de anestesia

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

CIRURGIAS MÚLTIPLAS

(0415010012)

POLITRAUMATIZADO

(0415030013)

PROC. CLÍNICO

PROC. CIRÚRGICO

04.08.02-03.85

CBO 225225

CBO 225270

3 DIAS

CID S42.4

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- Colecistomia por via subcostal - videoss + monitorio local
- Laparoscopia com auxílio de MSD campos externos
- Acesso intraoperatório, antepertoral. Redução sob
- laparoscopia com auxílio de laparoscopia
- Laparoscopia fiss. Kirschbaum 2.5 sob videoss
- Laparoscopia exantoma com SF 0.91.
- Redução por pinças + costuras
- Ao RLA sob videoss, dig. sob cuidados antero

Dr. Arnaldo Costa Lima  
Ortopedia e traumatologia  
CRM 7091 TEST 15371

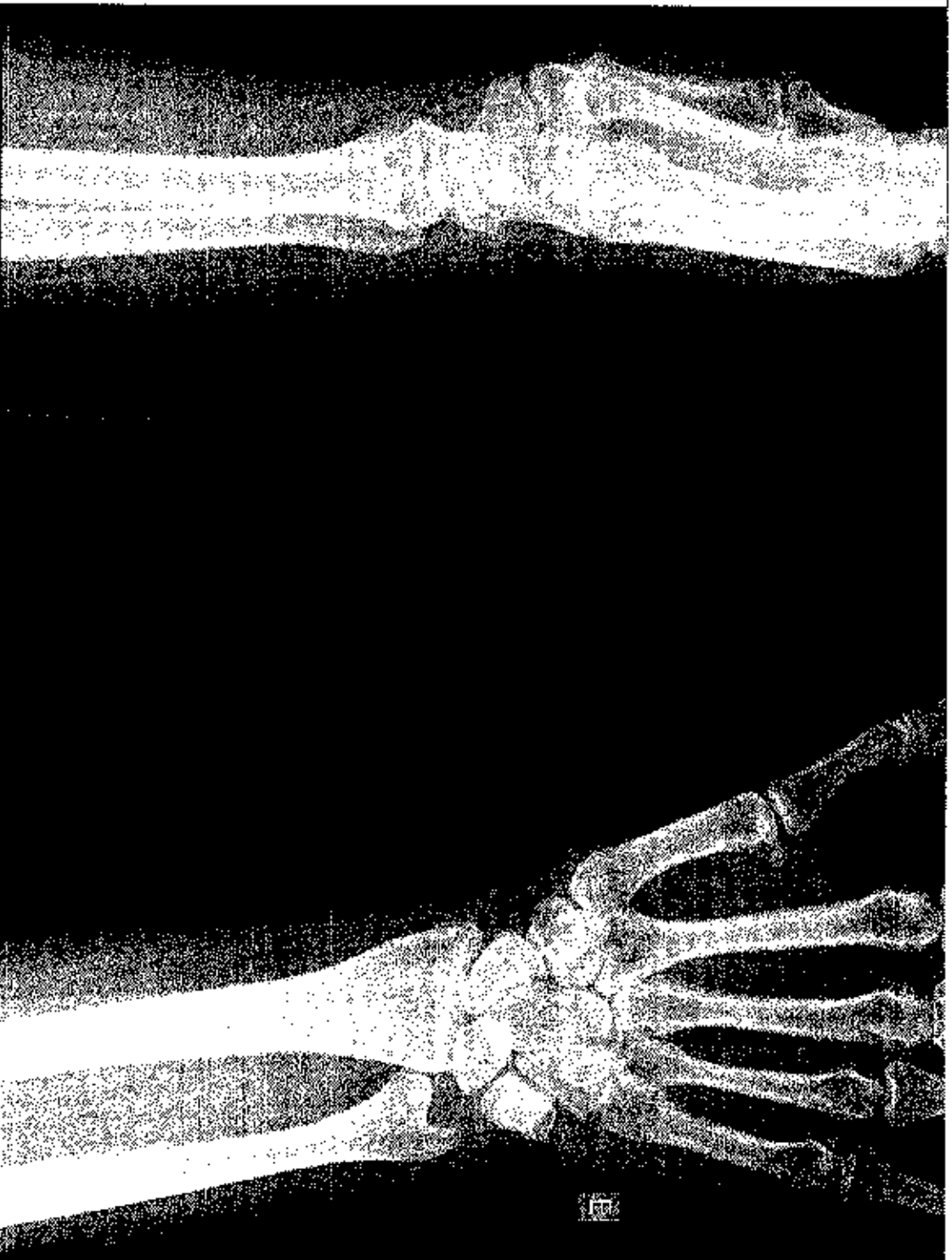
Stanislau Rolim  
Ortopedia e traumatologia  
Cirurgia de Ombro e Cotovelo  
CRM 6002 TEST 14463

HRDML / SESAP  
CONFÉRICIA ORIGINAL  
Paraná, RN, 12.10.02  
Mat. 201538



UMERO AP 55.2 %  
Id. Paciente: 171415 Data Exame: 23/04/2020 16:29:07  
Paciente: ERIRROS SANTOS DE SOUZA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

UMERO LAT 55.0 %  
Técnico: TEC. THIAGO SANTOS  
Idade: 28 ano(s)



Id Paciente: 171415  
Data Exame: 23/04/2020 16:29:07  
Paciente: ERIKROS SANTOS DE SOUZA  
HOSPITAL MONSEÑOR WALFREDO GURGEL

Técnico: TEC. THIAGO SANTOS  
(idade: 28 anos)  
JOELHO AP  
95.2 %



JOEHIOLAT

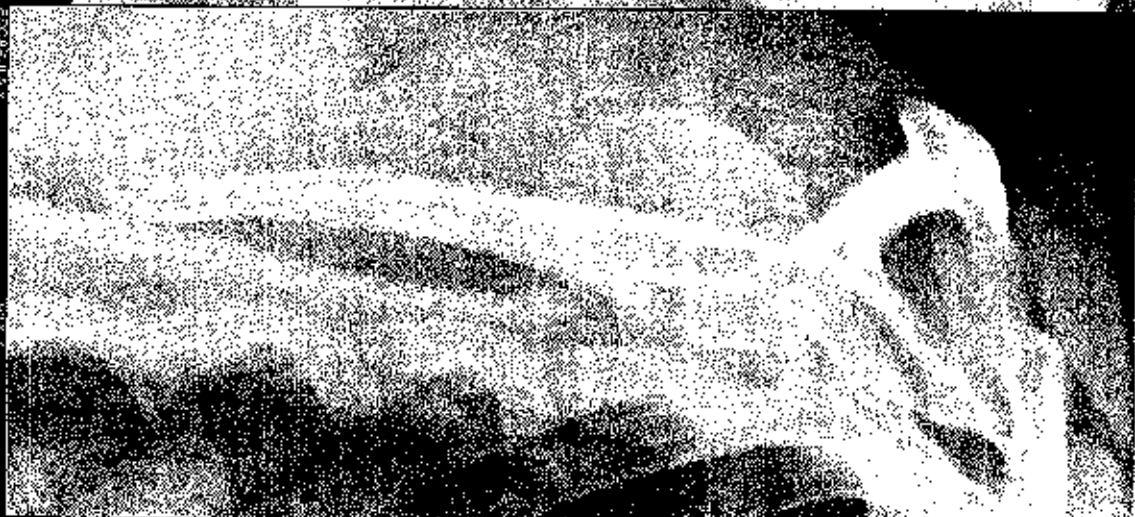
Idade: 28 anos(s)

Sexo: M

Data Exame: 23/04/2020 16:29:07

Paciente: ERIBROS SANTOS DE SOUZA

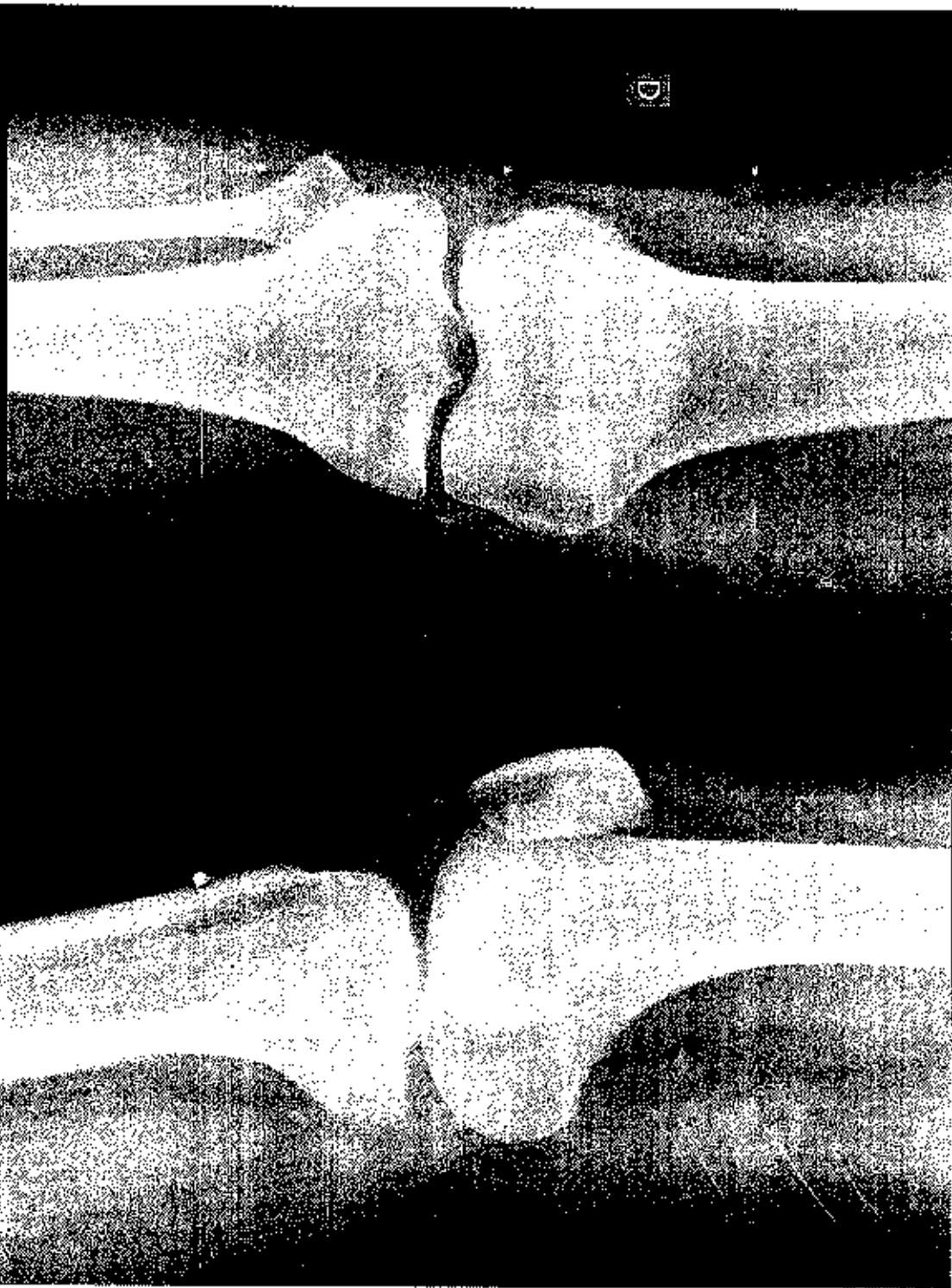
HOSPITAL MONISE DR WALFREDO GURGEL



JOEHIOLAT

Técnico: TEO THIAGO SANTOS

Idade: 28 anos(s)



02-10-01

N. Paciente: 171415

Data Exame: 23/04/2020 10:29:07

Paciente: EIRROS SANTOS DE SOUZA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

02-10-01

Idade: 28 anos(s)

Técnico: TEC. THIAGO SANTOS

## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

[illegible]



## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
ANA PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA RET Nº 24

NOME: ERILROS SANTOS DE SOUZA  
IDADE: 03/05/92 COR: Parda SEXO: F ESTADO CIVIL: Solteira  
NATURALIDADE: C. N. V. S. PROFISSÃO: SEC. ADM PROCEDÊNCIA:  
ENDEREÇO: Rua Ssc Ferreira Sabino BAIRRO: Centro  
CIDADE: nação Pintada DATA: 03-06-2020 HORA: 11:30 hrs.

## CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

| TEMP. | RESPIRAÇÃO | PULSO | T.A. |
|-------|------------|-------|------|
|       |            |       |      |

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

INTERNA PARA RETENÇÃO DE FIOS  
DE UNHO DÍGITA

EXAME FÍSICO

BEG, ~ ~ OK

## SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

| HORA | PRESSÃO ARTERIAL | RESPIRAÇÃO | GLASGOW | SCORE FINAL | TEMP. | PULSO |
|------|------------------|------------|---------|-------------|-------|-------|
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |

DIAGNÓSTICO INICIAL

POS CP

HRDML / SESAP  
CONFERI C/ ORIGINAL  
Parnamirim, RN, 03/06/2020  
Mat. 207538

# EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

|                                         |                                         |                                       |                                        |                                     |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA    | <input type="checkbox"/> NEUROLOGIA     | <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA   | <input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR | <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA | <input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL | <input type="checkbox"/> ORTOPEDIA    | <input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL   | <input type="checkbox"/> UROLOGIA   |
| <input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA  | <input type="checkbox"/> OTORRINO       | <input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA | <input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA   | <input type="checkbox"/>            |

## CONDUTA

ORIENTAÇÕES

INTERNAÇÃO PARA RETORNO DE FV

Dr. Arthur de Costa Lima  
Ouro Preto - Minas Gerais  
CRM - 10.011 / 1991

Ass. do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE

|                                                                |                                                                     |                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL<br>HORA _____ HS       | <input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE<br>_____           | <input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____<br>HORA _____<br>PARA _____ |
| RETIROU-SE POR<br>DATA ____/____/____<br>MOTIVO ____/____/____ | DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/><br>HORA _____<br>HORA _____ | A REVELIA <input type="checkbox"/>                                              |
| ENTREGUE A FAMÍLIA <input type="checkbox"/>                    | S.V.O. <input type="checkbox"/>                                     | I.T.E.P. <input type="checkbox"/>                                               |

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Elisiane Santos de Souza Idade: 29 D/N: 03/05/91  
Pront.: 61 24 Município: Itajubá Procedência: ( ) Interno ( ☒ ) Externo  
Data da cirurgia: 25/06/2020 Hora Admissão: Bloco 13:25 Sala: 450 Hora Saída: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
Alergias: ( ) Não ( ☒ ) Sim Penicilina Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ☒ ) Outras \_\_\_\_\_  
Uso de medicações: ( ) Não ( ☒ ) Sim Albúmina + Carimato Jejum: ( ) Não ( ☒ ) Sim \_\_\_\_\_  
SSW Admissão: PA: \_\_\_\_\_ mmHg Pulso: \_\_\_\_\_ bpm FL: \_\_\_\_\_ rpm FC: \_\_\_\_\_ bpm SpO2: \_\_\_\_\_ % T: \_\_\_\_\_ °C

Enfermeiro(a): Carlyze Instrumentador(a): Rita Circulante: Marília

Cirurgia: RMS de Útero "b" Especialidade: Ortopedia Sala: 03  
Hora Início: 15:00 Hora Término: 15:10 Tipo de cirurgia: ( ☒ ) Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
1º Cirurgião: Dr. Arthur Aux. Dr. Stanislau Residente: \_\_\_\_\_

Anestesia: ( ☒ ) Local ( ☒ ) Sedação ( ) Geral TOT: \_\_\_\_\_ ( ) Bloqueio ( ) Raquidiana Ag.nº \_\_\_\_\_ ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter  
Ag.nº \_\_\_\_\_ Cateter nº: \_\_\_\_\_ Início: 15:00 Garrote: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_  
Anestesiologista: Dr. Leonardo

| NEUROMUSCULAR                                  | PELE/HIGIENE                                             | CARDIOVASCULAR/<br>RESPIRATÓRIO                     | DISPOSITIVOS                                         | MONITORIZAÇÃO                                 |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Consciente | <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada          | <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso      | <input checked="" type="checkbox"/> Jéico <u>MSE</u> | <input checked="" type="checkbox"/> ECG       |
| <input type="checkbox"/> Letárgico             | <input type="checkbox"/> Hipocorada                      | <input type="checkbox"/> Hipotensão                 | <input type="checkbox"/> Acesso V. Central           | <input checked="" type="checkbox"/> Oximetria |
| <input type="checkbox"/> Coma                  | <input type="checkbox"/> Cianótica                       | <input type="checkbox"/> Hipertensão                | <input type="checkbox"/> Cat. Diálise                | <input type="checkbox"/> Capnógrafo           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Orientado  | <input type="checkbox"/> Ictérica                        | <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão     | <input type="checkbox"/> Fistula                     | <input checked="" type="checkbox"/> PA        |
| <input type="checkbox"/> Desorientado          | <input type="checkbox"/> Desidratada                     | <input type="checkbox"/> Normocárdico               | <input type="checkbox"/> Arteriovenosa               | <input type="checkbox"/> Estimul. Nervo       |
| <input type="checkbox"/> Sedado                | <input checked="" type="checkbox"/> Integra              | <input type="checkbox"/> Bradicardia                | <input type="checkbox"/> SNG                         | <input type="checkbox"/> Diprifusor           |
| <input type="checkbox"/> Ansioso               | <input type="checkbox"/> C/lesões                        | <input type="checkbox"/> Taquicardia                | <input type="checkbox"/> SVD                         | <input type="checkbox"/> BIC                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Deambula   | <input type="checkbox"/> Sudorese                        | <input type="checkbox"/> Choque                     | <input type="checkbox"/> Colostomia                  | <input type="checkbox"/> Desfibrilador        |
| <input type="checkbox"/> t/ dificuldade        | <input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica              | <input type="checkbox"/> Normoesfígmico             | <input type="checkbox"/> Cistostomia                 |                                               |
| <input type="checkbox"/> Acamado               | <input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória | <input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia         | <input type="checkbox"/> Dreno:                      |                                               |
| <input type="checkbox"/> Paraplégico           | <input type="checkbox"/> Higiene deficiente              | <input type="checkbox"/> Dispneia                   | <input type="checkbox"/> Aparelho gessado            |                                               |
| <input type="checkbox"/> Tetraplégico          | <input type="checkbox"/> Manchas                         | <input type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> Tração                      |                                               |
| <input type="checkbox"/> Amputações            | <input type="checkbox"/> S/Tricotomia                    |                                                     | <input type="checkbox"/> Talas                       |                                               |

| SINAIS VITAIS | Início        | Meio          | Fim           | Unid. |
|---------------|---------------|---------------|---------------|-------|
| FC            | <u>94</u>     | <u>93</u>     | <u>100</u>    | Bpm   |
| Pulso         | <u>93</u>     | <u>92</u>     | <u>99</u>     | Bpm   |
| Oximetria     | <u>84</u>     | <u>88</u>     | <u>95</u>     | %     |
| Capnografia   | <u>-</u>      | <u>-</u>      | <u>-</u>      | %     |
| PA            | <u>126/70</u> | <u>122/55</u> | <u>123/85</u> | mmHg  |

| POSIÇÃO                                    | COXIM                            | MMSS                                           |
|--------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Dorsal | <input type="checkbox"/> Cabeça  | <input type="checkbox"/> Anatômicos            |
| <input type="checkbox"/> Ventral           | <input type="checkbox"/> Pescoço | <input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos  |
| <input type="checkbox"/> Lateral           | <input type="checkbox"/> Tórax   | <input type="checkbox"/> Fletidos              |
| <input type="checkbox"/> Litotômica        | <input type="checkbox"/> Lombar  | <input type="checkbox"/> MMII                  |
| <input type="checkbox"/> Trendelenburg     |                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos |
| <input type="checkbox"/> Canivete          |                                  | <input type="checkbox"/> Abduzidos             |
| <input type="checkbox"/> Proclive          |                                  | <input type="checkbox"/> Fletidos              |

| ACESSO VENOSO                                     |
|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Puncão Arterial          |
| <input type="checkbox"/> Puncão Venosa Periférica |
| <input type="checkbox"/> Puncão Venosa Central    |
| <input type="checkbox"/> Dissecção venosa         |

| PLACA DO BISTURI ELÉTRICO                 |
|-------------------------------------------|
| ( ) Sim ( ) Não ( ) Metal ( ) Descartável |

Local: \_\_\_\_\_  
Cateter: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

| SONDAGEM GÁSTRICA                     |
|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SNG nº _____ |

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

| CATETERISMO VESICAL                   |
|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SVF nº _____ |
| <input type="checkbox"/> SVA nº _____ |

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Diurese: \_\_\_\_\_  
Profissional responsável: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

| EXAMES SOLICITADOS       |
|--------------------------|
| ( ) Hemograma            |
| ( ) Gasometria           |
| ( ) Coagulograma         |
| ( ) Outros               |
| ( ) Tipagem Sanguínea    |
| ( ) Glicosimetria        |
| ( ) Radioscopia (Raio X) |

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

| EXAMES SOLICITADOS       |
|--------------------------|
| ( ) Hemograma            |
| ( ) Gasometria           |
| ( ) Coagulograma         |
| ( ) Outros               |
| ( ) Tipagem Sanguínea    |
| ( ) Glicosimetria        |
| ( ) Radioscopia (Raio X) |

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

| EXAMES SOLICITADOS       |
|--------------------------|
| ( ) Hemograma            |
| ( ) Gasometria           |
| ( ) Coagulograma         |
| ( ) Outros               |
| ( ) Tipagem Sanguínea    |
| ( ) Glicosimetria        |
| ( ) Radioscopia (Raio X) |

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

| EXAMES SOLICITADOS       |
|--------------------------|
| ( ) Hemograma            |
| ( ) Gasometria           |
| ( ) Coagulograma         |
| ( ) Outros               |
| ( ) Tipagem Sanguínea    |
| ( ) Glicosimetria        |
| ( ) Radioscopia (Raio X) |

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

| EXAMES SOLICITADOS       |
|--------------------------|
| ( ) Hemograma            |
| ( ) Gasometria           |
| ( ) Coagulograma         |
| ( ) Outros               |
| ( ) Tipagem Sanguínea    |
| ( ) Glicosimetria        |
| ( ) Radioscopia (Raio X) |

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

| EXAMES SOLICITADOS       |
|--------------------------|
| ( ) Hemograma            |
| ( ) Gasometria           |
| ( ) Coagulograma         |
| ( ) Outros               |
| ( ) Tipagem Sanguínea    |
| ( ) Glicosimetria        |
| ( ) Radioscopia (Raio X) |

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro. neg. Local: \_\_\_\_\_

Local: MSE Solução: cloro.

Nome do paciente

GERROS, SARA DE SOUZA

Nº prontuário

Data operação

Operador

Antônio Lima

Leito

1º auxiliar

Stanislau Rolim

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesiologista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

fístula interna proximal

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

mesmo

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- Permite via de acesso para lob anterior
- Anestesia + antispasmodico 40/50. Comprimido em água
- Sutura local. Agente unipolar local em 1ª
- ag. unipolar proximal
- Retiro de fístula por drenagem e antispasmodico
- drenagem local com soro fisiológico
- fechamento plano
- Costuras do coto lob anterior da anterior

HRDML / SESAP  
 CONFÉRICIA ORIGINAL  
 Parnaíba/PI - RN  
 07/09/2018

Dr. Antônio de Costa Lima  
 Cirurgião de Parnaíba/PI  
 CRM 15371



# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

|                                  |                  |             |             |             |                   |       |               |     |
|----------------------------------|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------------|-------|---------------|-----|
| Hospital                         |                  |             |             |             | Enfermaria        | Leito | Nº prontuário |     |
| Nome <i>Luís Santos de Souza</i> |                  |             |             |             | Idade             |       | Sexo          | Cor |
| Data <i>25.06.20</i>             | Pressão arterial | Pulso       | Respiração  | Temperatura | Peso              |       | Outros        |     |
| Tipo sanguíneo                   | Hemátias         | Hemoglobina | Hematócrito | Glicemia    | Uréia             |       |               |     |
|                                  | Urina            |             |             |             |                   |       |               |     |
| Ap. respiratório                 |                  |             |             |             | Aasma             |       | Bronquite     |     |
| Ap. circulatório                 |                  |             |             |             | Eletrocardiograma |       |               |     |
| Ap. digestivo                    |                  |             | Dentes      | Pescoço     | Ap. urinário      |       |               |     |
| Estado mental                    |                  |             | Atarácicos  | Corticoídes | Alergia           |       | Hipotensores  |     |
| Diagnóstico pré-operatório       |                  |             |             |             | Estado físico     |       | Risco         |     |
| Anestésias anteriores            |                  |             |             |             |                   |       |               |     |
| Medicação pré-anestésica         |                  |             |             | Aplicada às | Efeito            |       |               |     |

|                     |  |
|---------------------|--|
| Agentes Anestésicos |  |
| Líquidos            |  |
| Oper                |  |
| Anest.              |  |
| O Resp.             |  |
| P Pulso             |  |

*Monitorizada cc. de Lúcio PNE*

|                                                                               |                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| IMBOLOS                                                                       |                                                        |
| NOTAÇÕES                                                                      |                                                        |
| POSIÇÃO                                                                       |                                                        |
| gentes                                                                        | <i>Rapafol + Alfentanil + Suf. ringes + Cefazolina</i> |
| ênica                                                                         | <i>Desdopas + local</i>                                |
| paração                                                                       | <i>Tratamento de fratura do úmero proximal</i>         |
| urgões                                                                        | <i>Dr. Stanislau</i>                                   |
| nestesistas                                                                   | <i>Dr. Leonardo</i>                                    |
| bservações                                                                    |                                                        |
| Notar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias |                                                        |
| Perda sanguínea                                                               |                                                        |



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO

Nome do Paciente: ERIRROS SANTOS DE SOUZA /POL

Cód. Paciente: 1903

DN: 03/05/1991

Idade: 29 ano (s);

Data Exame: 22/04/2020 - 00:35

Documento: -

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PROTOCOLO TRAUMA**

Estudo tomográfico realizado com cortes volumétricos multislíce (16 canais) sem a administração endovenosa do contraste iodado, direcionado para a pesquisa de lesões relacionadas ao politrauma.

**AVALIAÇÃO DA FACE**

Fratura do osso nasal à direita.

Fratura da parede anterior do seio maxilar esquerdo determinando afundamento de 0,3 cm. Não há desnivelamento do soalho da órbita esquerda. Hemossinus maxilar esquerdo.

Focos de pneumo-órbita a esquerda.

Leve desvio septal sinuoso.

Importante aumento de partes moles na região labial. Não se observa incisivo medial superior esquerdo.

Laudo gerado: 27/05/2020 16:30. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbssrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: **0aJZbr**.

Laudado Por:

**Srhael de Medeiros Alves**  
CRM-RN 6358 / RADIOLOGISTA

Validação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR  
Atha Luíselma G. Sampaio

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

002.077.622

DATA DE  
EXPEDIÇÃO 06/10/2008

NOME

ANA CRISTINA DANTAS SARAIVA

FILIAÇÃO

ANTONIO DANTAS DE ALMEIDA  
MARIA SARAIVA DE ANDRADE

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

CAICD RN

29/05/1984

DOC. ORIGEM

CERT. DE NASCIMENTO L-0A17 F-213 RG-17781  
CAICD RN-2 CARTORIO

CPF

3a. VIA

CRISTINA  
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição

**016.395.534-44**

Nome

**ANA CRISTINA DANTAS SARAIVA**

Nascimento

**29/05/1984**



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REQUINTO: 387.036.145  
GÊNERO: F  
NOME: EDUARDO SANTOS DE OLIVEIRA  
FILIAÇÃO: JOSE EDUARDO DE SOUZA  
RUA: RUA DOS SANTOS  
NATURALIDADE: MARIANA, RIO DE JANEIRO  
DATA DE NASCIMENTO: 25/08/1983  
CPF: 387.036.145-17  
ASSINATURA: [Assinatura]

LEI Nº 7.166 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Assinatura: [Assinatura]

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200325128 **Cidade:** Lajes Pintadas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERIRROS SANTOS DE SOUZA **Data do acidente:** 21/04/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO EM FACE COM FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO E OSSO NASAL À DIREITA (P.27)  
FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO.(P.18)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE - OMBRO DIREITO(P.15,24); TRATAMENTO CONSERVADOR NAS  
DEMAIS LESÕES.  
ALTA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO 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 MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Ervinês Santos de Souza, brasileiro(a),  
estado civil: solteiro, Profissão: Reuso, Data do Acidente 21-04-2020  
Cobertura inicial, portador(a) do RG 002.050-742, órgão expedidor  
SSP e do CPF: 089-063-984-17 residente no(a)  
Rua José Ferreira Sobrinho nº 03,  
bairro: Centro, município: Lajes Pintadas, MA

### OUTORGADO:

Nome: Ana Caroline Dantas Seneque, brasileiro(a)  
estado civil: solteiro, Profissão: Reuso, portador(a) do RG  
2077022, órgão expedidor ITOP e do CPF: 016.395.534-48 residente  
no(a) R- Rua Presidente nº 400,  
bairro: Bella Vista, município: São João de Meriti, RJ

#### 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.

Lajes Pintadas 27-07-2020  
Local e Data

x Ervinês Santos de Souza  
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0210607/20

**Vítima:** ERIRROS SANTOS DE SOUZA

**CPF:** 089.063.984-17

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 21/04/2020

**Titular do CPF:** ERIRROS SANTOS DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ANA CRISTINA DANTAS SARAIVA : 016.395.534-44

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

### ERIRROS SANTOS DE SOUZA : 089.063.984-17

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](http://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: 28/07/2020  
Nome: ANA CRISTINA DANTAS SARAIVA  
CPF: 016.395.534-44

ANA CRISTINA DANTAS SARAIVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/07/2020  
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA  
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255849/20

**Vítima:** EIRROS SANTOS DE SOUZA

**CPF:** 089.063.984-17

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 21/04/2020

**Titular do CPF:** EIRROS SANTOS DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ANA CRISTINA DANTAS SARAIVA : 016.395.534-44

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

### ERIRROS SANTOS DE SOUZA : 089.063.984-17

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](http://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: 10/09/2020  
Nome: ANA CRISTINA DANTAS SARAIVA  
CPF: 016.395.534-44

ANA CRISTINA DANTAS SARAIVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020  
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA  
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA