



Número: **0866849-23.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **09/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ERIRROS SANTOS DE SOUZA (AUTOR)		ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO) CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO) BRUNO HENRIQUE CORTEZ DE PAULA (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)			
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64209496	08/01/2021 11:36	2777471_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos



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

Rio de Janeiro, 14 de Setembro 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: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERIRROS 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,

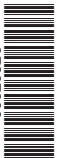
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16121739

Pag. 01051/01052 - carta_01 - INVALIDEZ

00020526





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

Rio de Janeiro, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

089-063-984-17

4 - Nome completo da vítima:

Lauro 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:

Lauro Santos de Souza

6 - CPF:

089-063-984-17

7 - Profissão:

Recepcionista

8 - Endereço:

R. José Benício Góes

9 - Número:

03

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Wafes 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 da diração, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1,00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. 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:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

0619

9

CONTA:

26397

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

☐ Sim

☐ Não

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(s) vivo(s)?

☐ 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 - Assinatura do representante legal (se houver)

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:

Wafes Paulista, 12-08-2020

Lauro Santos de Souza

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: 030301
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: 35.397-6

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

Digitizado com CamScanner



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (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: Carlos 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: Carlos Santos de Souza 6 - CPF: 089-063-984-17
7 - Profissão: Mecânico 8 - Endereço: R. José Ferreira Sobrinho 9 - Número: 03 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Natal/Pernambuco 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\$1.000,00 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 (ho 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(s) nascido(s)? ☐ 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 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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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, ONER, SANTA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020078000495
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 21/05/2020 15:06:02
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 21/04/2020 21:30:00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Rural
2.8 Número: SN
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTOS E FAZENDAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: SÍTIO BARROS PRETO
2.9 CEP: 59.235-000
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: LAJES PINTADAS

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ERIRROS SANTOS DE SOUZA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.4 Pai: JOSÉ ERIVALDO DE SOUZA
3.6 Mãe: ROSA MARIA DOS SANTOS
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 03/05/1991
3.14 RG: 2050742 - ITEPIRN
3.16 Passaporte:
3.18 Nacionalidade: CURRAIS NOVOS RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: RUA JOSÉ FERREIRA SOBRINHO
3.24 CEP: 59235000

3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.4 Pai: JOSÉ ERIVALDO DE SOUZA
3.6 Mãe: ROSA MARIA DOS SANTOS
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 03/05/1991
3.14 RG: 2050742 - ITEPIRN
3.16 Passaporte:
3.18 Nacionalidade: CURRAIS NOVOS RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: RUA JOSÉ FERREIRA SOBRINHO
3.24 CEP: 59235000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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
7.1.3 Chassi: 9C2KC2500HR008546
7.1.5 Placa: QGK8752
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2016
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.16 Nome do proprietário: EDIVALDO MONTEIRO DE SOUZA
7.1.17 Nome do condutor: ERIRROS SANTOS DE SOUZA
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam: D1114159937
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.8 Modelo: CG 160 START
7.1.10 Ano de Fabricação: 2016
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A VÍTIMA 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 VÍTIMA SE LEMBRA QUE IA DEIXAR UNAS 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 VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO DE LAJES PINTADAS/RN PARA ESTA MESMA CIDADE E DEPOIS ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL WILFREDO GURGEL, EM NATAL/RN; QUE A VÍTIMA QUEBROU O NARIZ, MAXILAR E O BRACÇO 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 VÍTIMA.

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

184.579-3
Policial

Erirros Santos de Souza
Interessado



Policial direito

Atendimento: 1945793 - IRAMAR FÉLIX SILVA
Impressão por: 1945793 - IRAMAR FÉLIX SILVA em 21/05/2020 15:06:11

Protocolo: J2020078000495 - Código de autenticação: cff18a8a83a32310227cd32c0b2hccf2

Página 12



 Mat. 184.549-3

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

22/01/2021 11:36:28

Protocolo: J2020078900496 - Código de autenticação: cf98e9ae83a32316227ed42c8b26ccf3

Página 22



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 08/01/2021 11:36:28
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010811362847200000061528668>
Número do documento: 21010811362847200000061528668

Num. 64209496 - Pág. 7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (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: Carlos 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: Carlos Santos de Souza 6 - CPF: 089-063-984-17
7 - Profissão: Mecânico 8 - Endereço: R. José Ferreira Sobrinho 9 - Número: 03 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Natal - RN 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\$1.000,00 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 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 (ho 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(s) nascido(s)? ☐ 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 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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Natal - RN 12/10/2020
Carlos Santos de Souza

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: EIRROS SANTOS DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00614-9

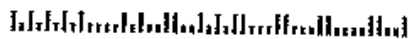
CONTA: 000000026897-6

Nr. da Autenticação 5C0E49562DC3B362



CAIXA

A vida pede mais que um bilhete



0413 - CTC SANTO ANDRÉ SPH PLAS

UNTA DE POSTAGEM

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



7211307021206040000001173430170216



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	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
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA LUA CRESCENTE 400 QD- 15 LT- 321 BELLA LUNA/AREA RURAL 59162-000 SAO JOSE DE MIPBU RN		
CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES Monofásico			
RESERVADO AO FISCO A10C.3F2C.8F36.A214.A08E.982F.EA63.982E			

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

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

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	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	0,00	10,44	20,88	41,76
FIC-No.de vezes sem Energia	AREIA	0,00	7,44	14,89	29,79
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,58	0,00	0,00
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 . 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. Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus	NÍVEIS DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table>	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
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 riscar.
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 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 88 | 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/BIBLIOTECABWEB/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 COAF³.

³ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ⁴ CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ana Cristina Dantas Santana
inscrito (a) no CPF/CNPJ 036-395-534, 44, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Eurico Santana de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 089-063-984, 17
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Eurico Santana 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. 298 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Loua Lusent</u>	Número:	<u>400</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Bella Kume</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

DLDR1.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 08/01/2021 11:36:28
<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010811362847200000061528668>
Número do documento: 21010811362847200000061528668

Num. 64209496 - Pág. 12



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 88 | 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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF³.

³ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ⁴ CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Ana Cristina Dantas Santana

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

Eurico Santana de Souza

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

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Eurico Santana 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. 298 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Loua Lusent</u>	Número:	<u>400</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Bella Kume</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 Pinheiro 27-07-2020

Ana Cristina D. Santana

Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 08/01/2021 11:36:28
<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010811362847200000061528668>
Número do documento: 21010811362847200000061528668

Num. 64209496 - Pág. 13

**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 Mantuano Santos da Silva</i>		Idade: <i>78</i>
Data Nasc.	Sexo: () F (X) ☒	Estado Civil:
RG:	Data de Expedição:	Cor:
CPF:	Outros:	
End.:	Cidade:	
Filiação:	Pai:	Mãe:

Data: <i>21 10 2020</i>	Hora de Entrada: <i>21 15</i>		
PA: <i>80 160</i> mmHg	FC: <i>120</i> bpm	Temp: <i>36</i> °C	Peso: <i>65</i> kg

QP: Paciente com insuficiência renal aguda de início. 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:

Ass. Médico - Carimbo



contato com Sérgio Brasil para disponibilizar carro para 17
hemodialise, sem sucesso. Ennio Jackson na ambulância.
Plantão tranquilo, apenas atendimentos Consulto-
rias. Às 14:30, Alex é acionado na ambulância para
paciente de hemodialise. Finaliza plantão deixando seto-
res organizados e abastecidos com materiais esterilizados.

#Aconheça Norma

21.01.2020

Equipe:

Médico: Dr. GABRIEL

ENF: Anderson Lima

Téc de Enf: Lúcia e Reginaldo

Motorista: José + Alex

Vigia: MURILLO

ASG: FELIPE

Processo UNIDADE U. SOROS Limpos e ASG U-
do, U 2 AMBULÂNCIA disponível + 1 carro parat-
o, O a Garagem. As 7 horas TSC de
enfusão (Reginaldo) foi a residência de 2
Rua P/ com início U norma. As 21 horas
realizamos um chamado, acidente de trânsito, São
Cristina de 28 anos, com lesões graves e U
LA de 2000 em uma SS U local em FMS
Adorno, Brasil e Paraná, U SUV 120 X 900
377. U 100 FC (bpm) relatado ao UAFMS
e realizado transporte por vias (Anderson)
motorista José, chegando às 4 horas da manhã
Finaliza plantão S/ outros internamentos
sem perdas ASG UAFMS e UAFMS.


FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
COORDENADORA DE ENFERMAGEM

GRAFSET



Atendimento Noturno 21.04.2020

Equipe: Dr. Gabriel

Enfermeiro: Anderson

Técnicos de E.A. Regiane + Luciano

Motivistas: Alex + João Maria

At. Felipe

Vigia: Waldenka

Início plantão com setores limpos e organizados por disponibilidade, 2 ambulâncias + xuí. Segue o plantão com uma atenuação de uma pessoa vítima de acidente de moto, consciente, orientada, com várias lesões no corpo foi regulada p H.W. Segue plantão tranquilo, bom passar, graças a Deus.

Registre-se no P. 49C
Pac. de Enfermagem
CORREN 1.043.498

Atendimento Noturno 22.04.2020

Equipe: Dr. Ederaldo

Enfermeiro: Nataniel

Técnicos de Enfermagem: Regiane + Raimunda

Motivistas: Luciano + Alexandre

At. Felipe

Vigia: Waldenka

Início plantão com setores limpos e organizados por disponibilidade, 2 ambulâncias. Segue plantão com um atendimento de urgência. Por volta de 2:30 h. um acidente com suspeita de AVC. Vindo a solicitar a transferência para um hospital. Foi atendido SEMI, com oxigênio, com X. Estabilizada. Por volta de 10:30 h. foi encaminhado para a UTI. Bom passar, graças a Deus.

Registre-se no P. 49C
Pac. de Enfermagem
CORREN 1.043.498





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 18803 /2020
Admissão: 22/04/2020 00:32:32

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 171415 - ERIRROS 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

*Gerado via SX por SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS. Impresso em 18 de Maio de 2020.





90101171415

Paciente: 171415 - ERIRROS SANTOS DE SOUZA

FIA: 4-4044/2020

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

Prescrição N°: 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 UMERÓ PROXIMAL DIR, ESCORIAÇÕES MÚLTIPLAS 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

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 SF0.9%

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 JOSE 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 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

Tempo: 11904,76h

1.500

BOLS

IV Contínuo 21gota/min

MEDICAMENTO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

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

S/N em caso de vômitos

Obs.: +18 ml de ABD

1

AMP

IV

8h/8h

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)

Diluição: 100ml SFO 0,9%

1

AMP

IV

8h/8h

6 - CEFOTAXIMA 1G (1FA+4ML ABD)

Diluição: 100ml SFO 0,9%

1

FA

IV

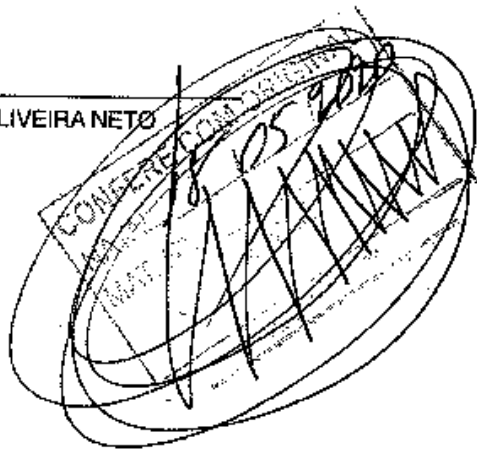
12h/12h

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



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



Paciente: 171415 EIRROS 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.

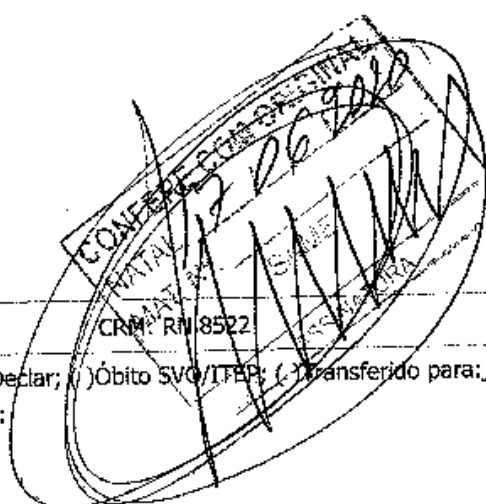
Solicito exames:

Profissional: FRANCISCO CABRAL DE OLIVEIRA NETO

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

Data e Hora da Saída: ____/____/2019 ____:____

Médico:





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **171415 ERIRROS 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

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 14872 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: 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:

542.2 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMEROS*408020334. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FI

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

UMEROS 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 UMERÓ 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

Tempo: 11904,76h

1.500 BOLS

IV Contínuo 21gota/mln

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 - CEFOTAXIMA 1G (1FA+4ML ABD)

1

FA

IV

12h/12h

Diluição: 100ml SF0,9%

CUIDADOS

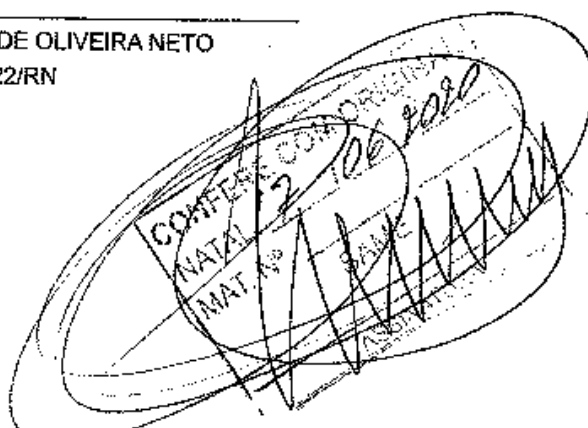
Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

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



Legenda: (A) alterado - (S) suspenso - (S/N) se necessário. Item em negrito e sublinhado é de Alto Risco

17/06/2020 13:26



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 ÚMERO PROXIMAL DIR, ESCORIAÇÕES MÚLTIPLAS 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 - CEFOTAZIDIMA 1G (1FA+10ML ABD)

1

FA

IV

12h/12h

06 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 SF0.9%

1

AMP

IV

8h/8h

22 06 14

CUIDADOS

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

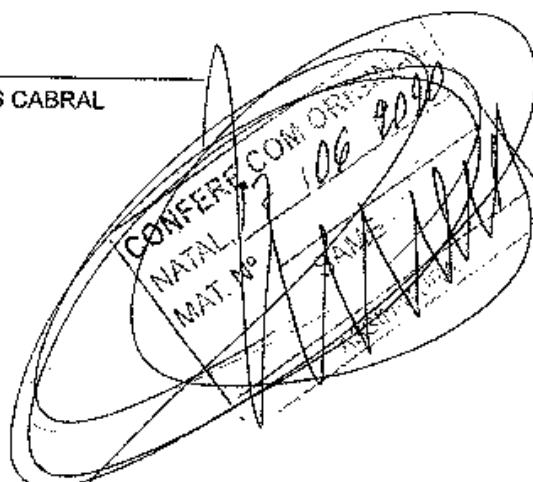
9 - JELCO HIDRATADO

10 - CURATIVO

Obs.: NAS ESCORIAÇÕES

11 - SSVV + CCGG

RODRIGO JOSE FERNANDES CABRAL
CRM-6046/RN



ma - 1059 Maria dos Santos.
Estado do Sul 700.50413347-353



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM/RN

CPF: 081.063.984-17

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

33

Nº Antepedia

NOME:

Fernando Santos de Souza

IDADE:

02.05.1991

COR:

Parda

SEXO:

Feminino

ESTADO CIVIL:

Solteira

NATURALIDADE:

Parnamirim/RN

PROFISSÃO:

Secretária

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

Rua Ypse Ferreira Sobrinho nº 3

BAIRRO:

Centro

CIDADE:

Parnamirim/RN

DATA:

28.04.2020

HORA:

15:39 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)

Paciente encambrando de
T.M.V.G. apresentando fraturas

EXAME FÍSICO

de membros inferiores
há 07 dias

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

HRDML / SESAP

CONFERI C/ ORIGINAL

Parnamirim-RN, 28.04.2020

Mat. 201838





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Identificação do Paciente

5- PACIENTE ERIRROS SANTOS DE SOUZA		6- NUMERO DO PROMTUÁRIO 169377	
7- CARTÃO NACIONAL DE US 700 5071 3347 1353	8- CPF 089 083 984 17	9- DATA DE NASCIMENTO 03/05/1991	10- SEXO FEMININO
11- NOME DA MAE ROSA MARIA DOS SANTOS		12- TELEFONE DE CONTATO 98716-4887	
13- NOME DO RESPONSÁVEL A MAE		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA JOSE FERREIRA SOBRINHO, 03			
16- MUNICÍPIO LAJES PINTADAS	17- BAIRRO CENTRO	18- UF RN	19- CEP 59235-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente hipertensa, vem com dor no peito e náusea e vômito

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

crise hipertensiva + exame físico + necessidade de tratamento hospitalar

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

exame físico e RX de tórax

23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Insuficiência cardíaca</i>	24- CID-10 PRINCIPAL <i>S42.2</i>	25- CID-10 SECUND.	26- CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------------------	--------------------	------------------------------

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
tratamento clínico

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

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

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- COD. ORGÃO EMISSOR	48- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48- DOCUMENTO () CNS () CPF	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

HRDML / SESAP
CONFERI C/O ORIGINAL
Pernambuco - RN, 18/05/2020
Mat. 5015388



EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

CONDUTA

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

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





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA		REGULAÇÃO		OBS
ORTOPEDIA		WALFREDO GURGEL		
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO		
		169377		
CATEGORIA	QIH	DATA	HORA	
		30/04/2020	9:45	
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO		
ERIRROS SANTOS DE SOUZA		03/05/1991		
ESTADO CIVIL		PROFISSÃO		
SOLTEIRA		SECRETARIA		
ENDEREÇO (RUA, Nº)				
RUA JOSE FERREIRA SOBRINHO, 03				
MUNICIPIO	BAIRRO	UF	CEP	
LAJES PINTADAS	CENTRO	RN	59235-000	
LOCAL DE TRABALHO			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

HISTORIA CLINICA

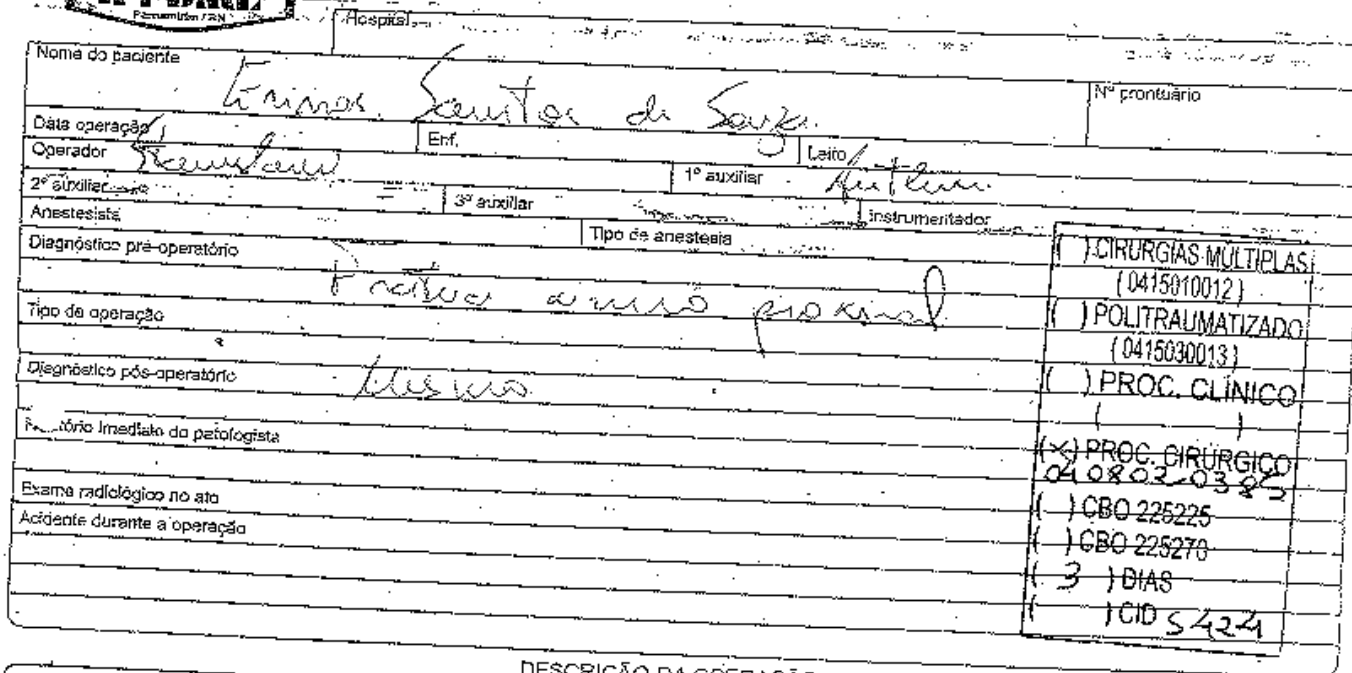
paciente bem informado
muito próximo do momento de
internamento urgente.

Ch: Vka

28/04/2020 09:45

HRDML / SESAP
CONFERI C/O ORIGINAL
Pantamirim-RN, 20/05/20
Mat 20/5/20



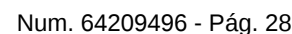


Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - víceras

- Coléira presa sob muletas + Punção local
- Tampões + Antissepsia do S.D. campos e túbulos
- Rins urinários, do tipo toral. Pedicelo sob
- Ligadura de muletas
- Ligadura fixa. Punção 2.5 sob muletas
- Ligadura de muletas com SF 0.9%
- Pedicelo por placas + muletas
- Ao R.R. sob muletas, ligas sob muletas e muletas

Dr. Antônio da Costa Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 60450-14463

HRDML / SESAP
CONFÉRCIO ORIGINAL
Paranámirim, RN, 12/09/2008
Mat. 20.538



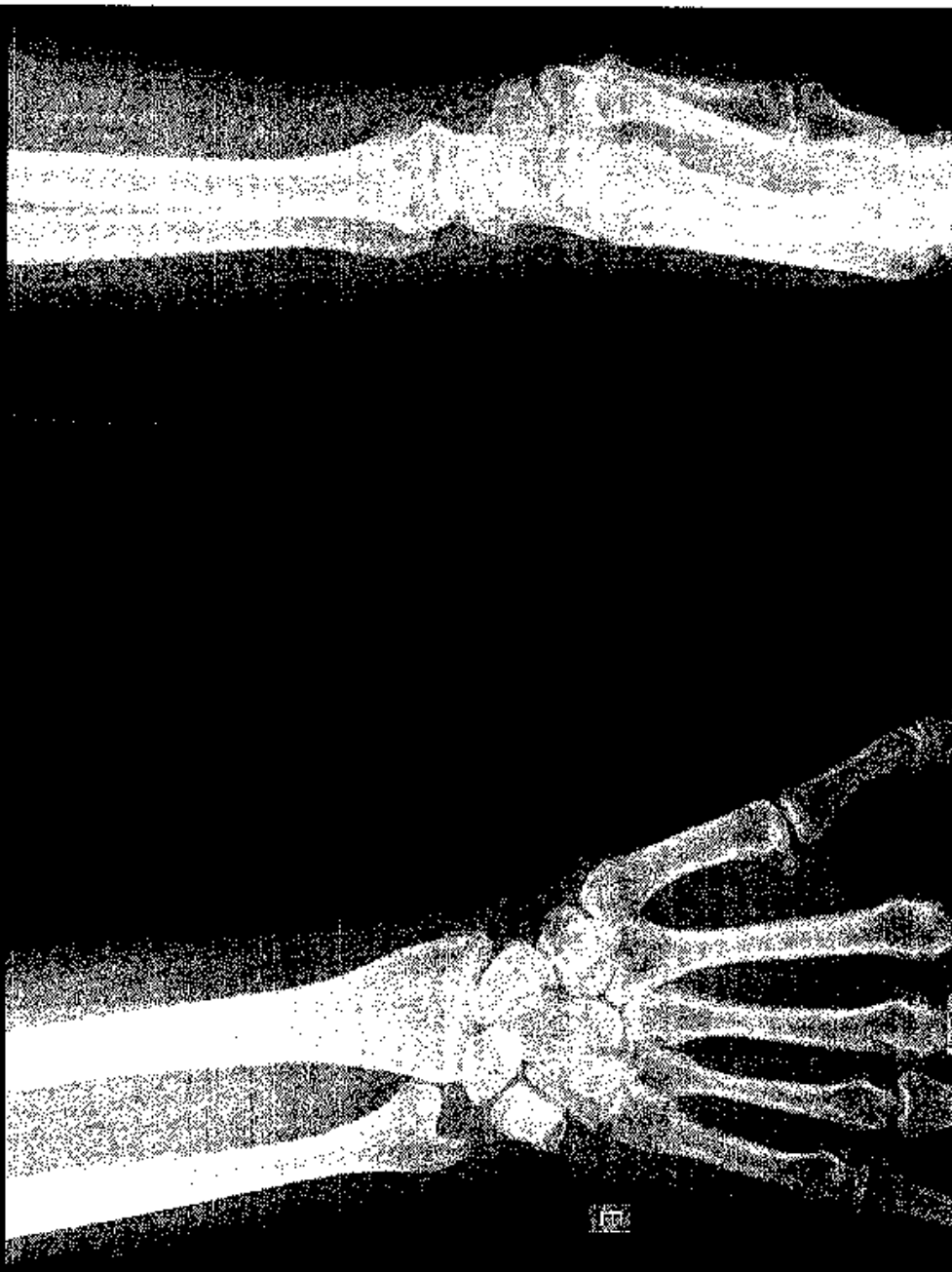


UMERO AP 58.2 %
Id. Paciente: 171415 Data Exame: 23/04/2020 16:29:07
Paciente: ERIRROS SANTOS DE SOUZA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



UMERO AP 58.0 %
Técnico: TEC. THIAGO SANTOS
Idade: 28 ano(s)



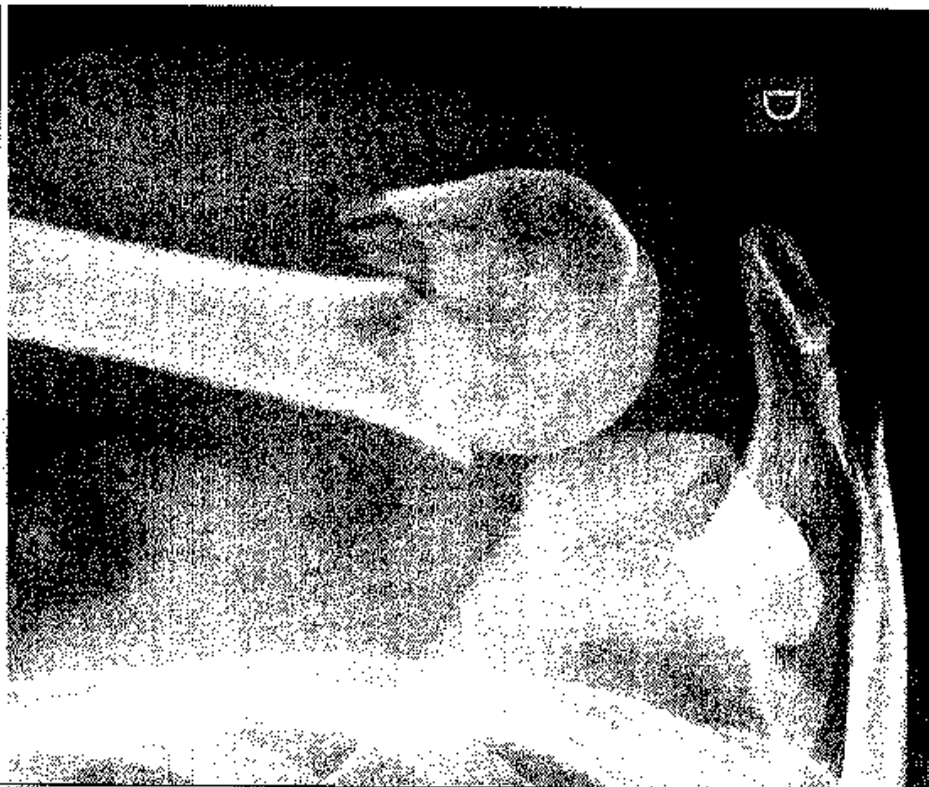


Id Paciente: 171415
Paciente: ERIROS SANTOS DE SOUZA
HOSPITAL MONSE

Data Exame: 23/04/2020 16:29:07
DR WALFREDO GURGEL

Técnico: TEC THIAGO SANTOS
(data: 28 anos)
JOELHO AP
95,2 %





JOELIHOIAT

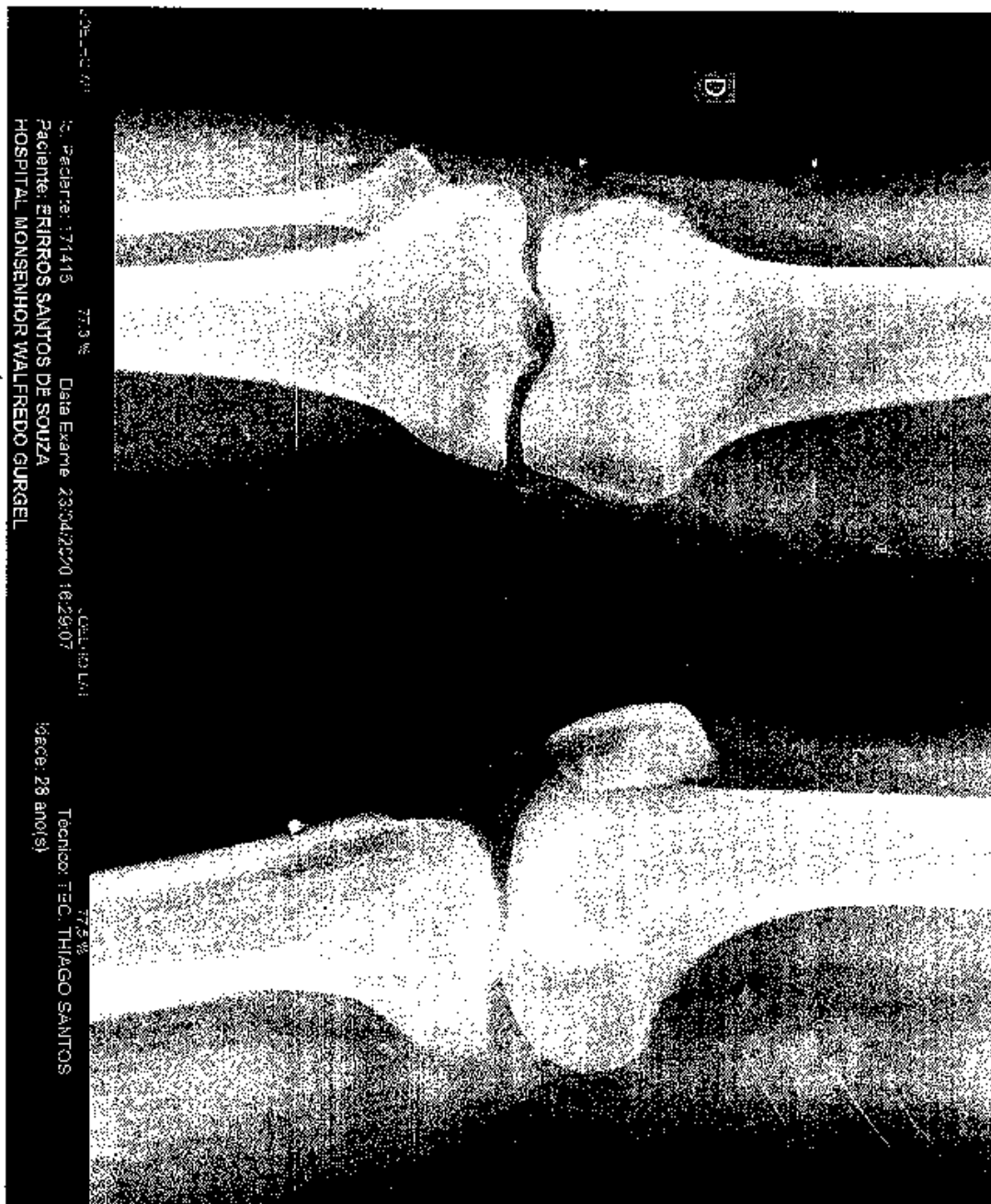
Rt. Paciente: 171415
Data Exame: 23/04/2020 16:29:07
Paciente: ERIRROS SANTOS DE SOUZA
HOSPITAL MONSE: DR WALFREDO GURGEL



5009-4147

Idade: 29 ano(s)
Técnico: TFC THIAGO SANTOS





025-0001

Id. Paciente: 171415

77.3 %

Data Exame: 23/04/2020 18:29:07

DELTA L14

Paciente: ERIRROS SANTOS DE SOUZA

Idade: 28 ano(s)

Técnico: TEC. THIAGO SANTOS

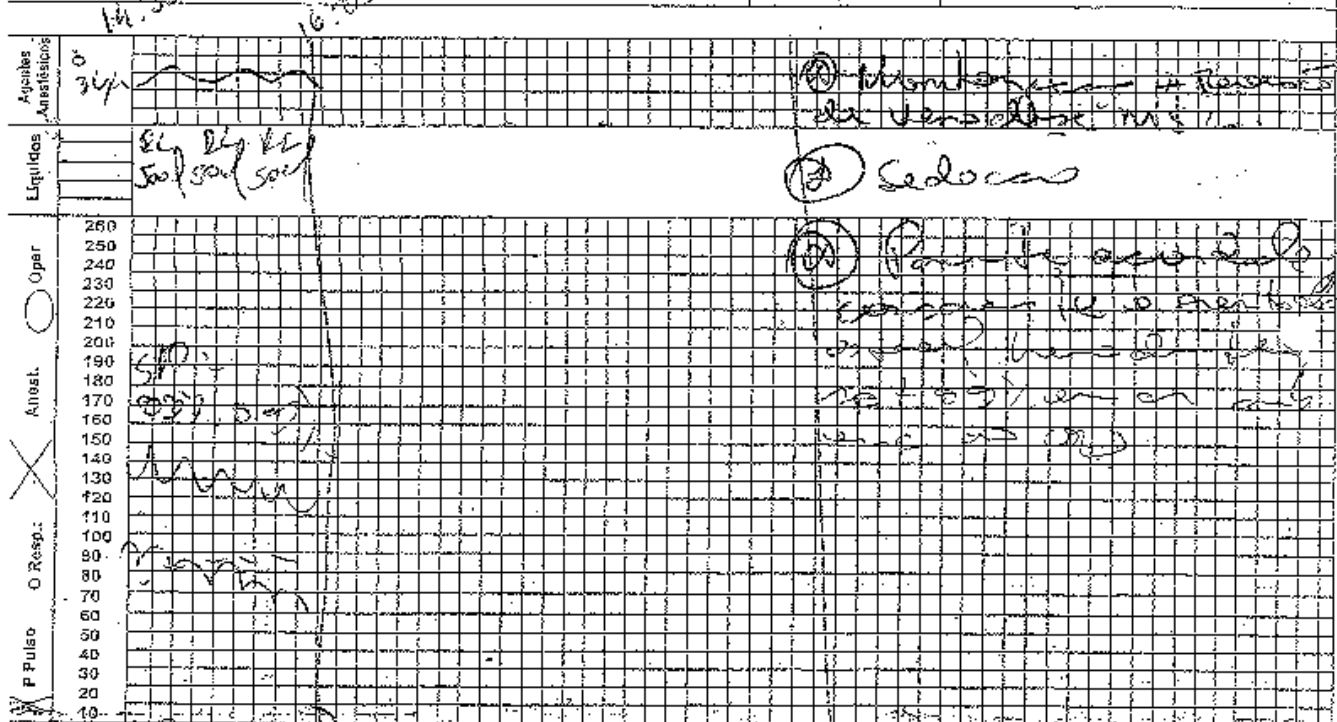
77.5 %



Alergia a dipirona

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Leito		Nº prontuário	
Nome		Idade		Sexo		Cor	
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros	
Tipo sangüíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia		
Urina							
Ap. respiratório				Asma		Bronquite	
Ap. circulatório				Eletrcardiograma			
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário		
Estado mental			Atarácicos	Corticóides	Alergia		Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico		Risco
Anestésias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às		Efeito	



SÍMBOLOS	
NOTAÇÕES	
POSICÃO	
Agentes	<i>100 + 50 + 50 + 50</i>
Técnica	<i>50 + 50 + 50</i>
Operação	<i>conexão com o frasco de oxigênio</i>
Intervenções	
Anestésistas	<i>Sergio B. Silva</i>





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: ERROS SANTOS DE SOUZA
IDADE: 03/05/91 COR: branca SEXO: F ESTADO CIVIL: solteira
NATURALIDADE: C. N. de PROFISSÃO: SEC. ADM PROCEDÊNCIA:
ENDEREÇO: Rua José Ferreira Sobrinho BAIRRO: Centro
CIDADE: hajes Pintada DATA: 05-06-2020 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 TA

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

INTERNA PARA RETENÇÃO DE FIOS
DE C-6 E D-6

EXAME FÍSICO

BEG, normal

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL Pos op

HRDML / SESAP

CONFERIR C/ ORIGINAL

Mat. 201938



EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

CONDUTA

ORIENTAÇÕES

INTERNAÇÃO PARA RETENÇÃO DE FUL

Dr. André da Costa Lima
Otorrinolaringologista
CRM 10941 - RJ

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL	☐ INTERNADO NO SERVIÇO DE	☐ REMOVIDO EM ____/____/____
HORA ____ HS		HORA ____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA ☐	A REVELIA ☐
DATA ____/____/____	HORA ____	
OBITO ____/____/____	HORA ____	
ENTREGUE	A FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐
		I.T.E.P. ☐

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Fernanda Santos de Souza Idade: 29 D/N: 03/05/91
Pront.: 62 24 Município: Itapipema Procedência: () Interno () Externo
Data da cirurgia: 25/06/2020 Hora Admissão: Bloco: 13 Sala: 450 Hora Saída: _____ Peso: _____
Alergias: () Não (X) Sim Penicilina Comorbidades: () HAS () DM (X) Outras _____
Uso de medicações: () Não (X) Sim Albúmina + Carimato Jejum: () Não (X) Sim _____
SSW Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm FL: _____ rpm FC: _____ bpm SpO2: _____ % R: _____ °C
Enfermeiro(a): Rayze Instrumentador(a): Rita Circulante: Manília
Cirurgia: RMS de Umino "B" Especialidade: Ortopedia Sala: 03
Hora Início: 15:00 Hora Término: 15:10 Tipo de cirurgia: (X) Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. Arlun Aux: Dr. Stanislau Residente: _____
Anestesia: (X) Local (X) Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio () Raquidiana Ag. nº _____ () Peridural () Cateter () Cateter
Ag. nº _____ Cateter nº _____ Início: 15:00 Garote: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____
Anestesiologista: Dr. Leonardo

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

SINAIS VITAIS				POSICÃO		COXIM		MMSS	
FC	Início	Méto	Flm.	Unid.	☒ Dorsal	☐ Cabeça	☐ Anatômicos		
Pulso	<u>94</u>	<u>93</u>	<u>100</u>	Bpm	☐ Ventral	☐ Pescoço	☒ Abduzidos		
Oximetria	<u>93</u>	<u>92</u>	<u>99</u>	Bpm	☐ Lateral	☐ Tórax	☐ Fletidos		
Oximetria	<u>84</u>	<u>88</u>	<u>96</u>	%	☐ Litômica	☐ Lombar	☐ MMH		
Capnografia	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	%	☐ Trendelenburg	☒ Anatômicos	☐ Abduzidos		
PA	<u>126/70</u>	<u>122/85</u>	<u>123/85</u>	mmHg	☐ Canivete	☐ Fletidos	☐ Fletidos		

ACESSO VENOSO		PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
☐ Puncão Arterial	☐ HRDM / SESAP	☒ Sim (X) Não () Metal () Descartável	
☐ Puncão Venosa Periférica	☐ CONFECÇÃO ORIGINAL		
☐ Puncão Venosa Central	☐ CONFECÇÃO ORIGINAL		
☐ Dissecção venosa	☐ CONFECÇÃO ORIGINAL		

SONDAGEM GÁSTRICA		TRICOTOMIA	
☐ SNG nº _____	☒ Sim () Não	☐ Sim (X) Não	
Retorno: _____	Local: <u>MSE</u>	Solução: <u>cloro. deq.</u>	Local: _____

CATETERISMO VESICAL		IMPLANTE CIRÚRGICO	
☐ SVF nº _____	☐ SVA nº _____	☐ Drenos: _____	☐ Tela: _____
Diurese: _____		☐ Cateter: _____	☐ Ostomia: _____
Profissional responsável: _____		☐ Fio de KC: _____	☐ Fio de KC: _____

EXAMES SOLICITADOS		ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
☐ Hemograma	☐ Gasometria	Caixa cirúrgica: <u>básica</u>	Quant. Material: <u>37</u>
☐ Coagulograma	☐ Outros	Val.: <u>03.07.2020</u>	Contagem de gaze e compressa: <u>(X) Não () Sim</u>
☐ Tipagem Sanguínea	☐ Glicosimetria		
☐ Radioscopia (Raio X)			



Nome do paciente

GERROS, SANTOS DE SOUZA

Nº prantuário	
---------------	--

Data operação

Operator

Antenna 11

1^o Auxiliar

Left

Stanislav Pol.

2° auxiliaire

3º auxiliar

Instrumentador

Anesthesiologist

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

foto inner paskin

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

His no.

Relatório imediato do psicólogo(a)

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- Variação em cada período da antena
- Amplitude + frequência do SD (tempo entre brs)
- Sentença local: Agente manipulador local em 1a
- ag. externo proximal
- Ritmo de brs fixo durante uma antenografia
- Variação local com seu fisiológico
- Ritmo plano
- Antenas do CEP sob cuidados da antena

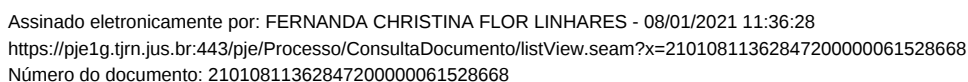
~~HRDML / SESAP~~

CONFERENCE / SESAP
Pamantasan ng Pulo ng ORIENTAL

Pharmaceuticals-RN

CONFERENCE ORGANIZATION
Pamamint-RN
Mar 007538

Dr. Arthur C. Costa Lima
Companhia e Indústria S.A.
17/01/1957





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemoco concentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Em bolus de anestesia
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: _____ ml
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: *500* ml
Quantidade total de volume administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: *Sem intercorrências*

Ass: *Marília* Coren: *589020*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: *Consciente* () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel *X* () Ambiente Curativo *X* () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____
Diurese: *Spontânea* () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrica *Destino após a cirurgia: CLO*

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

Hora: *15:25* Data: *25/06/2021* Nível de consciência: *Acordado* () Sonolento () Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro *Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente*
Mobilização MMII: *Normal* () Diminuída () Sem mobilidade *Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade*
Venoclise: () Não *() Sim Tipo: () Local () Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical*
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não *Especifique: _____*
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno insuficiente () Coágulos
Curativo: *() Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA*

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

Relate:

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat%	Dor	Soro glicosado: _____ ml
Admissão		<i>32</i>			<i>99</i>		Soro Fisiológico: _____ ml
30'							Ringer: _____ ml
60'							Irrigação vesical contínua: _____ ml
Alta							

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *paciente se alta em 1h após procedimento cirúrgico*

Ass: *[Assinatura]* Coren: *225922*



Hospital					Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome <i>Carlos Santos de Souza</i>					Idade		Sexo	Cor
Data <i>25.06.20</i>	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso		Outros	
Tipo sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia			
	Urina							
Ap. respiratório					Asma		Bronquite	
Ap. circulatório					Eletrcardiograma			
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		





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO 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://valdmar.wbrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: **0aJZbr**.

Leudado Por:

Srhael de Medeiros Alves
CRM-RN 8358 / RADIOLOGISTA

Validação



Pag. 1 de 1





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

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

REGISTRO GERAL
NOME: **JOÃO SANTOS DE OLIVEIRA**
FILIAÇÃO: **JOSE ESTANISLAU DE SOUZA**
RUA: **MAEIA 595 - SANTOS**
NATURALIDADE: **SANTOS - SP**
DATA DE NASCIMENTO: **05/05/1971**
CPF: **085.162.254-17**
ASSINATURA: **JOÃO SANTOS DE OLIVEIRA**
LEI Nº 7.116 DE 20/06/63

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

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA: JOÃO SANTOS DE OLIVEIRA

CARTÃO DE IDENTIDADE



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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Erivanilton Santos de Souza, brasileiro(a),
estado civil: solteiro, Profissão: Revisor, Data do Acidente 21-04-2020
Cobertura Indivíduo, 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 Eustáquio Dantas Sena de, brasileiro(a)
estado civil: solteiro, Profissão: Revisor, portador(a) do RG
2077022, órgão expedidor ITOP e do CPF: 016.395.534-98 residente
no(a) R- Rua Presidente nº 400
bairro: Bella Lume, 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 Erivanilton 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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERIRROS SANTOS DE SOUZA

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 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: ERIRROS SANTOS DE SOUZA

CPF: 089.063.984-17

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 21/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERIRROS SANTOS DE SOUZA

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 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

