

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Sérgio Costa de Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 384.270.119-19, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Genivaldo Francisco Damasceno inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.772.154-35, do sinistro de DPVAT cobertura Acidente da Vítima Genivaldo Francisco Damasceno, inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.772.154-35, 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.

Consciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua 06 de Janeiro</u>		Número <u>1615</u>	Complemento <u>600</u>
Bairro <u>Santa Antônia</u>	Cidade <u>Maracá</u>	Estado <u>PA</u>	CEP <u>55961-070</u>
E-mail <u>Paulo</u>		Telefone comercial (DDD) <u>1841 91533106</u>	Telefone celular (DDD)

Maracá, 07 de Novembro de 2020
Local e Data

Paulo Sérgio Costa de Almeida
Assinatura do Declarante



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 13447 /2020

Admissão: 12/08/2020 12:48:21

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 64154 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA (44 a 9 m 5 d)

Nascimento: 07/11/1975

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 702302148316913

CPF: 03277618498

Prof:

Mãe: MARIA DE LOURDES PIMENTA

Pai: EXPEDITO FERNANDES PIMENTA

Logradouro: MARECHAL HERMES, 1083

CEP: 59616670

Bairro: BOM JARDIM

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.94155171

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: VINDO COM SAMU

Classificação:

12/08/2020 12:41:43

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: FRATURA DE PUNHO DIREITO EM COLISAO CARRO MOTO

Dt e Hora:

Importante de W/1570 WOB/CANAL.
NEGA VÔMITOS E RESPIRACÃO
AO CHEGAR À

Dr. Raimundo Rosendo de Oliveira

Cirurgião Geral e Vascular

CRM 2834

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORARIO

ASSINT.

<i>Volante 75 (ex) 101 R. 10111-3305</i>			
<i>Dr. Raimundo Rosendo de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>50434 500-4-6v</i>			
<i>Dr. Raimundo Rosendo de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA</i>			
<i>DETA CONFORME ORIGINAL</i>			
<i>MOSSORO 12/08/2020</i>			
<i>R. de O.</i>			
<i>SAMU / ARQUIVO</i>			

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

CID

Proc.

Data: / /20. Hr: :

Médico:

Gerado via SX por JUREIDE DE BRITO ALMEIDA. Impresso em 12 de Agosto de 2020.

(Assinar e Carimbar)

13.

1218(2020) O. K. S. K.

Dr. Luis F. C. Nascimento
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 456

Viktor de jure de notre ordre existant

do 1 telero + do fornicado pulmo (v)
Exame neurológico ok.

Re com profum ro deo dertol in bu acti calu

Quale momento do the Super child +
 Ed. ^{superior condition} ^{p1} ^{two} pair & abundant do

Fraxinus & *Taxus canadensis*
Pl. Ho. *Quercus* *stellata*

14:20L

29.12.1950 Österreich für die Dauer
des Jahres 1951 an die Schweiz

CO: Internamente si può considerare
il fattore di colleso di ingegneria

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-OR: 7439 REG. TSSB: RDE 34.1

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORÓ 25/05/2007

~~SAME / ARQUIVO~~

Prontuário: 214527

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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **GENIVAN FERNANDES PIMENTA** (Fia: 3682/2020), CPF:03277618498.

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

Mossoró/RN, 12 de Agosto de 2020.

Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA - HRTM,
DATA 12/08/20

Assinatura

CCIH - HRTM

DATA 23/08/20

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
FOTÓ COPIADO ORIGINAL
DATA DE EMISSÃO 12/08/2020
BIAV
ARQUIVO

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar***R220
Dijal***IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

CNES: 2503689

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **64154 GENIVAN FERNANDES PIMENTA**

Prontuário: _____

CNS: 702302148316913

Nascimento: 07/11/1975

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA DE LOURDES PIMENTA

Pai: EXPEDITO FERNANDES PIMENTA

Endereço: RUA MARECHAL HERMES, 1083 - BOM JARDIM - MOSSORO

Fone: 94155171 /

Município: MOSSORO

Código Municipal IBGE: _____

240800 UF: RN

CEP: 59618-670

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo: 1052 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

motociclista vítima de acidente de trânsito com traumatismo de punho direito
com dor e deformidade local

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

necessita tratamento cirúrgico

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

anamnese, exame físico, radiografias

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO*408020431. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA UN

Profissional Solicitante / Assistente:

LEANDRO MAGNO COSTA FREIRE

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 7439 - ROR

CRM: 7439 / RN

Data da Solicitação 12/08/2020

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 CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Nº Autorização da AIH: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTA CONFORME ORIGINAL

SANE MOSSORO 08.10.2020

SANE FARMACIA

NÚCLEO INTERNO DE REG.
NIR / HRTM
AIH INCLUSA NO S



MINISTÉRIO
DA
SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

FOLHA
1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

6 - NOME DO PACIENTE

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC ☒

FEM ☐

10 - RAÇA/DOR

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO - PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD.

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Costa apresenta fratura de 1º dedo da mão
da esquerda.

Dr. Leandro Freitas
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM/RN 7439 - EUT 1608 RQE 37

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

(CNS)

(CPP)

014186135-1/0141815

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - COPIAÇÃO EMBOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

(CNS)

(CPP)



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Leandro Fernandes Romão Reg Nº 64150

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de 1/2 distal do fêmur direito

Indicação terapêutica: Craniotomia com fixador externo de
Salter.

INTERVENÇÃO

Início: 16:00h Fim: 16:00h Duração: 01:00h

Operador: Dr. Leandro Freire

1º Auxiliar: Dr. Luiz Fernando

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. João Bento

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 25/06/2010
B.M.
SANE - ARQUIVO

INTERVENÇÃO

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

☒ Limpa ☐ Pot. Contaminada ☐ Contaminada ☐ Infectada

1. Acesso feito sob anestesia em posição de

2. Enfiar a garroteamento de m.d.

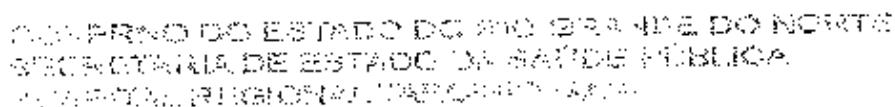
3. Redução da fratura sob escape de
forma imediata.

4. Redução com fixador externo de
Salter.

5. Curativo

6. 2 enfermeira

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.100-0
CRM 10.100-0 RQE 2741



Name of person: Gerisam Fernalde P. No 2700
 Charge: Traxler ectoparas Phao D Date: 12/08/20
 Charge: Dr. Leopold Author: Dr. Luis Hernandez
 Specimens: Dr. Charles Antecedents: Indones + Hoquien Bin
 Height: 15 ft 40' Weight: 16' 10'

[illegible]

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

CHECK LIST DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA EM
SALA OPERATÓRIA

Data: 12/08/2013 Hora: _____ Paciente: Genivaldo Pereira da Silva Idade: 44

CHECAGEM PRÉ-INDUÇÃO ANESTÉSICA

Checar:

☒ Pulseira de identificação confrontando com o nome do paciente

☒ Procedimento Cirúrgico e anestésico devidamente Preenchido

☒ Procedimento a ser realizado

Lateralidade:

☐ Sítio Demarcado ☒ Não se aplica

Alergia conhecida?

☐ Sim

☒ Não

Exames relacionados (Laboratoriais, imagens, outros)

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Há risco de perda sanguínea? (Superior a 500ml)

☐ Sim, acesso venoso adequado e planejamento de fluidos com reserva disponível.

☒ Não

Materiais de vias aéreas disponíveis?

☒ Laringoscópio ☐ Baraka ☐ Aspirador

☒ Monitor/oxímetro de pulso funcionando

Via aérea difícil?

☐ Sim ☐ Equipamento VAD disponível

☒ Não

Equipamento Anestésico funcionando?

☒ Sim ☐ Não

Disponível na sala operatória os instrumentais necessários para o procedimento?

☒ Sim ☐ Não

Disponível na sala operatória os OPME'S Necessários?

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Equipamentos disponíveis para o procedimento checado?

☒ Sim ☐ Não

CHECAGEM PRÉ-INCISÃO CIRÚRGICA

Todos os profissionais da equipe confirmaram seus nomes e profissões verbalmente?

☒ Sim ☐ Não

Todos os profissionais confirmam verbalmente:

*A identificação do paciente;

*Local da cirurgia a ser feita;

*Procedimento a ser realizado.

☒ Sim ☐ Não

Placa de bisturi posicionada adequadamente?

☒ Sim ☐ Não

Posicionamento correto e com proteções?

☒ Sim ☐ Não

Antibiótico profilático nos últimos 60min.?

☒ Sim ☐ Não

Checado esterilização (instrumentais e implantes) com:

Todos os integradores disponíveis?

☒ Sim ☐ Não

Cirurgião: Dr. Wander

Auxiliar: Dr. João Fernando

Instrumentador: _____

Circulante: Marina / Vanessa

CHECAGEM PÓS-CIRÚRGICA

Realizado contagem de compressas, gazes e agulhas?

☒ Sim ☐ Não

Realizado contagem dos instrumentais?

☒ Sim ☐ Não

Peça cirúrgica para anatomopatológico?

☐ Sim, identificado peça. ☒ Não

Conservado peça?

☐ Formol ☐ Gelo

Especificado peça no prontuário?

☐ Sim ☐ Não

Soros de infusão, medicamentos e fluidos administrados ao paciente estão adequadamente identificados?

☒ Sim ☐ Não

Paciente está com pulseira de identificação?

☒ Sim ☐ Não

CRM: 4433

CRM: 4863

COREN: 7429

COREN: 304459 / 832328

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
COTA CONFORME O ORIGINAL
FOLHA MOSSORO 25.08.2013

EXAME / ARQUIVO

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

NOME: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

IDADE: 44 ANOS

DATA DE ADMISSÃO: 12/08/2020

CÓDIGO: 214527

LEITO: 302-5

DATA	EVOLUÇÃO
18/08/2020	# 5º PO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL SEM QUEIXAS DE DOR. NEUROVASCULAR DO MEMBRO NORMAL. RISCO CIRÚRGICO: PRONTO CD: AGUARDA CIRURGIA

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA BRANDA HIPOSSÓDICA	
2	SF 0,9% - 1500 ML - EV (CORRER EM 24 HORAS)	14 22 06
3	CEFTAZIDIMA 1G - 1 AMPOLA - 10 ML ABD - EV 8/8 H	
4		
5	DIPIRONA - 1 AMPOLA + ABD - EV - 6/6 H SN	S/N
6	TRAMAL - 1 AMPOLA + 100 ML SF 0,9% - EV - 8/8 H SN	S/N
7	PLASIL - 1 AMPOLA NO SF 0,9% - EV - 6/6 H SN	S/N
8	OMEPRAZOL 40 MG - 1 AMPOLA - EV 1XD - EM JEJUM	
9	SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS	
10		
11		
12	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA	
13	ESTÁ CONFORME O ORIGINAL	
	DIRETOR RESPONSÁVEL	

Fábio de Oliveira da Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
Ortografia Médica
REC: 18178 - CREMOM: 2372



WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADOPEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50

NT

Atendimento:	1229042
Data:	19/08/2020
Hora:	10:13

BOLETIM DE ADMISSÃO

Nº AIH
CRISTINA

458602 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 08/11/1975 - 44 A, 9 M, 11 D

CPF: 032.776.184-98

RG: 1649343

CNS: 702302148316813

Convênio: SUS

Leito: 205-01

Enfermaria: 205 - AP 205

215

Endereço: MARECHAL HERMES, Nº 1.083 - CEP: 59600-010

Bairro: BOM JARDIM

Cidade: Cid.: 2408003 - MOSSORO/RN

Profissão: BIOQUÍMICO

Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Pai: EXPEDITO FERNANDES PIMENTA

Mãe: MARIA DE LOURDES PIMENTA

Naturalidade: MOSSORO

Caráter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Procedimento Solicitado: 0408020431-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA ÚNICA - S525 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Diagnóstico Definitivo:

Acomodação:

Médico: 5924 - PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO

Carteira:

Validade: 30/12/1899

Autorização:

Senha:

Guia:

HOSPITAL WILSON ROSADO

Convênio: SUS

() Com 03 Refeições

(X) Sem Refeições

(X) Acompanhante

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Óbito

Transferido:

História Clínica

Admissão: 20/08/2020

Hora: 09:56

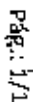
Diagnóstico Provável

Manuelina P. de Souza

RESPONSÁVEL

Dr. Pablo Romero da Escossia Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN - 5924
REG 14302

PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO



44 A,9 M,11 D

DÍAS INTERNADO: 0

42/08/2020 - 17:39:05

POI DE FRATURA RÁDIO DISTAL DIREITO PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS

DIETA LIVRE

Richard
Pfeiffer

SSVV+CCGG

CUROSATIVO DIARIO

Dr. Rajdutta Ghosh, Jharkhand Sahitya Akademi
Chandrasekhar Thakur Sahitya Akademi
Chandrasekhar Thakur Sahitya Akademi

12345678910111213141516171819202122232425262728293031323334353637383940414243444546474849505152535455565758596061626364656667686970717273747576777879808182838485868788899091929394959697989910010110210310410510610710810911011111211311411511611711811912012112212312412512612712812913013113213313413513613713813914014114214314414514614714814915015115215315415515615715815916016116216316416516616716816917017117217317417517617717817918018118218318418518618718818919019119219319419519619719819920020120220320420520620720820921021121221321421521621721821922022122222322422522622722822923023123223323423523623723823924024124224324424524624724824925025125225325425525625725825926026126226326426526626726826927027127227327427527627727827928028128228328428528628728828929029129229329429529629729829930030130230330430530630730830931031131231331431531631731831932032132232332432532632732832933033133233333433533633733833934034134234334434534634734834935035135235335435535635735835936036136236336436536636736836937037137237337437537637737837938038138238338438538638738838939039139239339439539639739839940040140240340440540640740840941041141241341441541641741841942042142242342442542642742842943043143243343443543643743843944044144244344444544644744844945045145245345445545645745845946046146246346446546646746846947047147247347447547647747847948048148248348448548648748848949049149249349449549649749849950050150250350450550650750850951051151251351451551651751851952052152252352452552652752852953053153253353453553653753853954054154254354454554654754854955055155255355455555655755855956056156256356456556656756856957057157257357457557657757857958058158258358458558658758858959059159259359459559659759859960060160260360460560660760860961061161261361461561661761861962062162262362462562662762862963063163263363463563663763863964064164264364464564664764864965065165265365465565665765865966066166266366466566666766866967067167267367467567667767867968068168268368468568668768868969069169269369469569669769869970070170270370470570670770870971071171271371471571671771871972072172272372472572672772872973073173273373473573673773873974074174274374474574674774874975075175275375475575675775875976076176276376476576676776876977077177277377477577677777877978078178278378478578678778878979079179279379479579679779879980080180280380480580680780880981081181281381481581681781881982082182282382482582682782882983083183283383483583683783883984084184284384484584684784884985085185285385485585685785885986086186286386486586686786886987087187287387487587687787887988088188288388488588688788888989089189289389489589689789889990090190290390490590690790890991091191291391491591691791891992092192292392492592692792892993093193293393493593693793893994094194294394494594694794894995095195295395495595695795895996096196296396496596696796896997097197297397497597697797897998098198298398498598698798898999099199299399499599699799899910001001100210031004100510061007100810091010101110121013101410151016101710181019102010211022102310241025102610271028102910301031103210331034103510361037103810391040104110421043104410451046104710481049105010511052105310541055105610571058105910601061106210631064106510661067106810691070107110721073107410751076107710781079108010811082108310841085108610871088108910901091109210931094109510961097109810991100110111021103110411051106110711081109111011111112111311141115111611171118111911201121112211231124112511261127112811291130113111321133113411351136113711381139114011411142114311441145114611471148114911501151115211531154115511561157115811591160116111621163116411651166116711681169117011711172117311741175117611771178117911801181118211831184118511861187118811891190119111921193119411951196119711981199120012011202120312041205120612071208120912101211121212131214121512161217121812191220122112221223122412251226122712281229123012311232123312341235123612371238123912401241124212431244124512461247124812491250125112521253125412551256125712581259126012611262126312641265126612671268126912701271127212731274127512761277127812791280128112821283128412851286128712881289129012911292129312941295129612971298129913001

5924 - PABLO ROMERO DA ESCÓSSIA PINHEIRO



HOSPITAL
WILSON
ROSADO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

PACIENTE: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

DATA: 19/08/2020

CIRURGIA:

CIRURGIA REALIZADA: OSTEOSSÍNTESE DE RÁDIO DISTAL DIREITO

EQUIPE CIRÚRGICA:

CIRURGIÃO: DR PABLO ESCÓSSIA

AUXILIAR: DR RAPHAEL

ANESTESISTA: DR ELUMAR

ENFERMEIRA: ALESSANDRA

INSTRUMENTADORA: BRUNO

CIRCULANTE: *Regulino*

RELATÓRIO:

- 1) DDH, ASSEPSIA, COLOCAÇÃO DE CAMPOS
- 2) ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO
- 3) COLOCAÇÃO DE GARROTE PROXIMAL
- 4) INCISÃO LONGITUDINAL EM FACE VOLAR DO PUNHO + ABERTURA POR PLANOS + HEMOSTASIA
- 5) REDUÇÃO DA FRATURA + PLACA BLOQUEADA EM T + PARAFUSOS + FIOS DE KISCHNER
- 6) SUTURA POR PLANOS + HEMOSTASIA
- 7) RETIRADA DE GARROTE (PERFUSÃO NORMAL)
- 8) CURATIVO ESTERIL

MOSSORÓ, 19/08/20

Dr. Pablo Escóssia
Cirurgião Geral
RÉG. Nº 12.345
CRM 123456789



CAM
CLÍNICA DE ANESTESIOLOGIA
DE NERSONO LTDA

FICHA DE ANESTESIA

NOME GENIVAN F DOS SANTOS										DATA 19/08/2020	
SERVIÇO WILSON			ANESTESISTA ER			CIRURGIÃO PAULO + RAFAEL					
IDADE 44	SEXO M	COR M	PR. ART. 15/10	PULSO 60	TEMP. 36,5	ESTADO FÍSICO		PRÉ-ANESTÉSICO			
DIAGNÓSTICO Trat. Pulmão						1 2 3 4 5					

OPERAÇÃO REALIZADA

INÍCIO 16:00	TERMINO 17:10	DURAÇÃO	ROTINA	EMERGÊNCIA	EXTRA
--------------	---------------	---------	--------	------------	-------

SpO ₂		ETCO ₂		HORA	A G E N T E S	CODIGO	OBSERVAÇÕES
						ANESTESIA X 220	
						OPERAÇÃO © 200	
						INTUBAÇÃO X ENDOTRAQUEAL 180	
						PRES. SISTOL. Y 160	
						PRES. DISTOL. A 140	
						FVASC ♦ 120	
						RESP. ASSIST. - RA 100	
						RESP. EXPONT. - RE 80	
						RESP. CONTR. - RC 60	
						POSICÃO	Soro Sangue Outros

TÉCNICA ANEST. GERAL: () INALATÓRIA: () ENDOVENOSA: () BALANCEADA: () SEDAÇÃO: ()

ANEST. REGIONAL: (X) RAQUIDIANA: () PERIDURAL: () OUTROS: ()

AGENTES EMPREGADOS

ACORDADO ☒ SIM ☐ NÃO ☐ SALA DE RECUPERAÇÃO ☐ SIM ☒ NÃO ☐ CONDIÇÕES ☒ B ☐ R ☐ M ☐ P ☐ ÓBITO ☐

Dr. Elomar Pereira da Silva
ANESTESIOLOGISTA
CRM 1452 - CPF 05.778.872-3



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Tel.: (84) 3318-9000

Atendimento: 1229042

Data: 13/08/2020

SENHA: 0

SUS

Guia:

Hora: 10:13:00

Tipo: INTERNAÇÃO

Sexo: MASCULINO

WILSON ROSADO

8.602 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

sc.: 08/11/1975

Idade: 44 A, 9 M, 11

Profissão: BIOQUÍMICO

CPF: 032.776.184-98 - SUS: 702302148316913

Civil: SOLTEIRO(A)

Cidade: MOSSORO/RN

CEP: 59600-010

1.: MARECHAL HERMES, 1.083 -

Telefone: (84) 9941-55171

Bairro: BOM JARDIM

Celular: (84) 9917-17755

Mãe: MARIA DE LOURDES PIMENTA

08/2020

7:55:04 ORTOPEDIA

POULOSILOSSINTESE DE FRATURA RÁDIO DISTAL

SEM QUEIXA.

FTO: CICATRIZ CIRÚRGICA EM BOM ESTADO. NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÃO, ADM PRESERVADO LEVEMENTE DOLORIDO

CD: ANALGESIA, ATS, CURATIVO, ACOMPANHAMENTO FAM AMBULATORIAL


Dr. Guilherme Garcia Rigolin
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 8187/TEOT 13541

8187 - GUILHERME GARCIA RIGOLIN



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
 PEDRO VELHO, 250 - SANTO ANTONIO
 59611-010, MOSSORO/RN
 CNPJ: 35.650.324/0001-50
 TELEFONE: (84) 3318-9000

Pág.: 1/1

ENTE: I229042-GENIVAN FERNANDES PIMENTA IDADE: 44 A,9 M,11 SUS
 RMARIA: 215-AP 215 LÊITO:215-02 ADMISSÃO: 19/08/2020

PRESCRIÇÃO MÉDICA

18/2020 - 07:55:13

A LIVRE

A LIVRE					09 0 15 18 20 06	
2 FISIOLOGICO 0,9% - 500 ML	1,00FR	IV	08/08h		14 22 58	
LOTINA 1 E	1,00-FA	IV	06/06H	+ ABD	10 16 22 09	
RONA 500MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	06/06H	+ ABD	12 18 24 06	
MA 50MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	08/08H	+ SF 0,9% 100ML	10 18 22	
DIACAN 20MG PO LIÓFILO P/SOLUÇÃO TÁVEL	1,00FRAMP	IV	12/12h	+ ABD	16 09	
SEDON 8 MG / 4 ML	SN	1,00AMP	IV	08/08H	+ ABD	SN
PRAZOL 40MG INJ + DIL	1,00FA	IV	1X DIA		06	

+CCGG Retina
 ATIVO DIÁRIO
 V HOSPITALAR

Dr. Guilherme Garcia Rigolin
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RN 8187/TEOT 13541

8187 - GUILHERME GARCIA RIGOLIN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM


1229042 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Data da internação: 19/08/2020 - 10:13:00 Sexo: M Idade: 44 A, 9 M, 11 D
Convênio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 205-01

19/08/2020

Hora PA Temp FC FR Glicemia

Assinatura

10:30:00	ADMITO PACIENTE NESTE SETOR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 44 ANOS, PROVENIENTE DO HRTM, DEAMBULANDO, ACOMPANHADO DE MAQUEIRO E FAMILIARES. PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO, COM FIXADOR EXTERNO. NEGA: HAS+DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. RECEBO CONSCIENTE. ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, COMUNICATIVO, EM JEJUM PARA CIRURGIA. AOS SSVV: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEICO EM AA. ACIANOTICO, ANICTÉRICO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <25. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICAIS PRESENTES. VEIO COM AVP, SENDO RETIRADO E FOI REFUNCIONADO EM AVP. NO MSE, VIABILIZANDO HV LIVRE DE EDEMAS. SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATÓRIA. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUÊ AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. PACIENTE TOMOU BANHO COM CLOREXIDINA DEREGEMANTE. AGUARDA CIRURGIA.					JEMIMA MEDEIROS DE PAULA (ENFERMEIRANDA)	
----------	---	--	--	--	--	--	---



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PLDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel.: (84) 3318-0000

HOSPITAL
WILSON ROSADO


ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1229042 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Data da internação: 19/08/2020 - 10:13:00 Sexo: M Idade: 44 A, 9 M, 11 D

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 215-02

Anotação		Técnico(a)	Assinatura
19/08/2020		LUZIA GUEDES BRASILCO	 Luzia Guedes Brasilco Téc. Enfermagem COREN: RN 952466

12:00:00	PACIENTE TRANSFERIDO DO POSTO 2 PARA CC EM CADFIRA DE RODAS ACOMPANHADO DE MIAQUEIRO E FAMILIARES. - PA: TAX: 0,00R F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 Fl O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:
----------	--



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Genilson Fernandes Pimenta Idade: 44 Registro: 458602
Setor: E.C. Médico: Dr. Pablo Enferm./Leito: 205-01

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
10/08/10	12:10	paciente acordado no centro cirúrgico, levou ao posto, em seguida acompanhado pelo médico e familiares acompanhantes, mentes verbalizantes, em bom estado. usou 20 ml de morfina, recebeu com 10 ^{os} Pablo e equipe, pulsos oximétricos em 100% em 5 min. bom funcionamento. Uge em du. Uterino hipotônico e alguns quilogramas medidos e aquecidos em cuidados de equipe.	
10/08/10	15:50	paciente transferido para o procedimento cirúrgico.	
	16:00	início do aquecimento anestésico com 10 ^{os} e equipe. o mesmo monitorizado.	
	16:10	início do procedimento cirúrgico sem intubação com 10 ^{os} Pablo e 10 ^{os} Rafael.	
	17:10	término do procedimento cirúrgico. realizado sutura de grupo em F.O.	
	17:20	encaminhado paciente para 10 ^o para pós-operatório imediato.	
13/08/10	17:20	Paciente recebeu no centro de F.O. conduta adequada e 10 ^{os} acompanhantes e equipe em F.O. bom estado.	
14/08/10	18:00	Foi administrado os cuidados	

[illegible]



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Tel.: (84) 3318-9000

HOSPITAL
WILSON ROSADO

Page 1 of 1

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1229042 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Data da internação: 19/08/2020 - 10:13:00

Sexo: M

Idade: 44 A,9 M,11 D

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 215-02

19/08/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

20:10:06	RECEBO PACIENTE PROVENIENTE DO CC, PO DE FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO, CONCIENTE, ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, DIETA POR VO, DIURESE E EVACUAÇÕES ESPONTÂNEAS, AO EXAME NORMATOCARDIO, NORMATENSO, EUPNEICO EM AA, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO. - PA: TAX: 9 F.C.: F.R.: Glicemia: PVC: PAM: Sat. O ₂ : Ventilação: Decúbito:	RIHANSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	Assinatura: Rihansa Ruama F. C. Fagundes Téc. Enfermagem COREN- RN 1451265
22:00:06	ADMINISTRADO 500ML SF 0,9% IV, 1FR CEFALOTINA 1g + ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00 F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	RIHANSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	Assinatura: Rihansa Ruama F. C. Fagundes Téc. Enfermagem COREN- RN 1451266



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PLUZO VELLHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel: (84) 3318-9000

Page 1 of 1

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1229042 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Data de internação: 19/08/2020 - 10:13:00 Sexo: M Idade: 44 A, 9 M, 11 D

Convênio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 215-02

19/08/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

22:00:00	ADMINISTRADO 500ML SF 0,9% IV, 1FR CFHALOTINA 1G + ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA HAGUNDES	Rhayssa Ruama F. Corrêa Téc. Enfermagem CORLM: RN 145.766
----------	---	--	---



INSCRIÇÃO
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PRUMO VELHO, 750
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 15.650.374/0001-50
Tel: (84) 3318-9030

Page 1 of 1

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1229042 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Data da internação: 19/08/2020 - 10:13:00 Sexo: M Idade: 44 A, 5 M, 11 D

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 215-02

20/08/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

00:00:00	ADMINISTRADO 1AMP DIPIRONA 500MG + ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	RHAYSSA RUAMIA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	Rhayssa Ruama F. C. Agnundes Téc. Enfermagem CORREN- RN 1451266
02:00:00	ADMINISTRADO 1AMP TRAMAL 50MG + 100ML SF 0,9% IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	RHAYSSA RUAMIA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	Rhayssa Ruama F. C. Agnundes Téc. Enfermagem CORREN- RN 1451266
04:00:00	ADMINISTRADO 1FR TENOXICAN 20MG + ABD IV, 1FR CEFALOTINA 1G + ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	RHAYSSA RUAMIA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	Rhayssa Ruama F. C. Agnundes Téc. Enfermagem CORREN- RN 1451266
06:00:00	ADMINISTRADO 500ML SF 0,9% IV, 1AMP DIPIRONA 500MG + ABD IV, 1FR OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	RHAYSSA RUAMIA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	Rhayssa Ruama F. C. Agnundes Téc. Enfermagem CORREN- RN 1451266



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, RS
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59621-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel: (84) 3318-9900

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1229042 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Data de internação: 19/08/2020 - 10:13:00 Sexo: M Idade: 44 A,9 M,11 D

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 215-02

20/08/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

07:56:00	PACIENTE RECEBEU ALTA HOSPITALAR APOS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI RETIRADO AMP, ENTREGUE RECEITUÁRIOS, IMSSADO ORIENTAÇÕES - PA. TAX: 0,00 F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 F.O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	LUANA KARINY FELIX DA SILVA	 Luana Kariny Felix da Silva The Enfermagem CURSO ENFERMAGEM
----------	--	--------------------------------	---



PLANOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Clinica: _____ Enf.: _____ Leito: _____

Cuidados Especiais: SSV pre-operatório

SSW pre-operados
ps-operados

[illegible]

Visto Enfermeiro

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
SECRETARIA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
1329227 ITEP RN

CPF DATA NASCIMENTO
877.270.214-15 08/08/1972

RESIDENCIA
FRANCISCO DAS CHAGAS
NORONHA
LUZIA MARIA ALVES DE
CASTRO

PERMISSAO ACC CATEGORIA
NE

1º REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITACAO
08/08/1994 08/08/1994

OBSERVAÇÕES

A

Paulo Sergio Castro de Noronha

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL DATA EMISSAO
MOSSORO, RN 08/12/2016

99416102055
RN702520714

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1290387313

PROTEGE A VISTAS

1290387313

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1479559346

PROIBIDO PLASIFICAR

1479559346

CRISTO FERNANDES PIMENTA



IDENTIDADE DO EMPREGADO

1479559346

IDENTIDADE DO EMPREGADO
PIMENTA
CRISTO FERNANDES PIMENTA

IDENTIDADE DO EMPREGADO

REGISTRO 02955/33114

OBSERVAÇÕES

Cristó Fernandes Pimenta

LOCALIDADE DO EMPREGADO

MOGI DAS CRUZES - SP

DATA DO EMPREGO

05/05/3317

503344/556

02/02/11/13

ASSINATURA DO EMPREGADO

ASSINATURA DO EMPREGADOR

ASSINATURA DO EMPREGADOR

ASSINATURA DO EMPREGADOR

ASSINATURA DO EMPREGADOR

ASSINATURA DO EMPREGADOR

ASSINATURA DO EMPREGADOR

ASSINATURA DO EMPREGADOR

ASSINATURA DO EMPREGADOR

ASSINATURA DO EMPREGADOR

ASSINATURA DO EMPREGADOR

ASSINATURA DO EMPREGADOR

DECLARAÇÃO

EU Genival Francisco Pereira
portador (a) da cédula de RG de N° 1.649.343 e
CPF 032.745.184-98 Declaro para Os devidos fins
que estive no Banco Banco Recanto Federal
para regularizar minha conta Poupança de agência
3064, número 02702-1 para pode receber o
benefício da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Assinatura 27 de Novembro de 2020.

Genival Francisco Pereira

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCARIA

DECLARAÇÃO

EU Genilson Fernandes Peres
portador (a) da cédula de RG de N° 1.649.343 e
CPF 032.745.184-98 Declaro para Os devidos fins
que estive no Banco Banco Recanto Federal
para regularizar minha conta Poupança de agência
3064, número 02702-1 para pode receber o
benefício da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Assinatura 27 de Novembro de 2020.

Genilson Fernandes Peres

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCARIA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200428827 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENIVAN FERNANDES PIMENTA **Data do acidente:** 12/08/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P6,9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO 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 PUNHO 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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Emerson Fernandes Pereira, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: Pescador, Data do Acidente 12-03-2010
Cobertura convulsa portador(a) do RG 1 649 343, órgão expedidor
SSP/RN e do CPF: 036 779 154 58 residente no(a)
Rua Manoel Manoel nº 1233 CS 01
bairro: Bom Jardim, município: Mossoró / RN.

OUTORGADO:

Nome: PAULO SÉRGIO CASTRO DE NORONHA, brasileiro(a) estado
civil: DIVORCIADO Profissão: PESCADOR, portador(a) do RG 001.329.227,
órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 877.270.214-15, residente
no(a) RUA SEIS DE JANEIRO nº 1615, bairro: SANTO
ANTONIO, município: MOSSORÓ / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

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

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

Mossoró 03-11-2010
Local e Data

Emerson Fernandes Pereira
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341102/20

Vítima: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

CPF: 032.776.184-98

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/08/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA : 877.270.214-15

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

GENIVAN FERNANDES PIMENTA : 032.776.184-98

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: 27/11/2020
Nome: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA
CPF: 877.270.214-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200428827

Vítima: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Data do Acidente: 12/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GENIVAN FERNANDES PIMENTA

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 punhos
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: **GENIVAN FERNANDES PIMENTA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003064**

Conta: **0000002702-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 02.776.134.93 3 - CPF da vítima: 033.776.134.93 4 - Nome completo da vítima: Genival Francisco Pereira

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

5 - Nome completo: Genival Francisco Pereira 6 - CPF: 033.776.134.93
7 - Profissão: Semiescr. 8 - Endereço: Rua. Amador. Figueira 9 - Número: 1033 10 - Complemento: 1400 m. d.
11 - Bairro: 100m Jardim 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59638-160
15 - E-mail: g.f.pereira@outlook.com 16 - Tel. (DDD) + Nº: 1841.9933.3206

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:

☒ RECURSO 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3004 CONTA: 00702 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo o câmbio, desde já e somente após a apresentação 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 por invalidez permanente, uma vez que **assinarei uma das opções**:

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

Ato futuro assinalado, sob o sigilo e procedimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 36, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou recusa a qualquer direito de contestação, caso discorde 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: 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/vivaz? ☐ 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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, esta não sendo, a não ser que qualquer emissão ou declaração não verdadeira a poder gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, a emenda impositiva idade criminal na infração do artigo 239 do Código Penal.

34 - ☐ Testemunha ☐ Segurado ☐ Beneficiário ☐ Curador ☐ Procurador
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
37 - (1ª) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mossoró/RN, 27.11.2022

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (de frente): Genival Francisco Pereira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRÁFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

Nº

0801820

1 - LOCAL DO ACIDENTE

Local:	RUA JUVENAL LAMARTINE	Bairro:	SANTO ANTÔNIO
P. Ref.	CRUZAMENTO COM A RODRIGUES ALVES	Data:	12/08/2020

2 - VEÍCULO V-01

Placa	OJZ-7043	Cidade	MOSSORÓ	UF	RN
Marca/Mod.	HONDA BIZ 125 ES	Ano	2014/2014		
Proprietário	GENIVAN FERNANDES PIMENTA	Nº de Ocupantes	01		
Condutor	GENIVAN FERNANDES PIMENTA	Data de nasc.	08/11/1975		
Endereço	RUA MARECHAL HERMES	Nº	1083	Fone	(84) 99415-5171
Bairro	BOM JARDIM	Cidade	MOSSORÓ	UF	RN
CPF nº	032.776.184-98	CNH	02636033118	CAT	AB
				Validade	07/05/2022
Local de Trabalho	PAM DO BOM JARDIM				

3 - VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	RUA JUVENAL LAMARTINE
Em que sentido?	CENTRO / BOM JARDIM
Em que faixa?	DIREITA

Versão do condutor:

Alega que transitava na rua citada, quando chegou no cruzamento com a Rua Rodrigues Alves, um veículo surgiu repentinamente não dando tempo de frear e V-1 bateu no meu veículo V-2, com o impacto fiquei com várias escoriações e fui socorrido por uma ambulância do SAMU para o HRTM, ao chegar no hospital foi constatado que houve fratura no punho da mão direita. Em anexo Declaração de Ocorrência do SAMU nº 203 e Boletim de Atendimento Médico do HRTM nº 13447/2020.

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral do Código Penal Brasileiro".



Assinatura do Condutor/ declarante

Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 31/08/2020, na Sede do 2º DPRE.

Nome do Agente que registrou as informações: Deivid Neimar Siqueira de Oliveira

Posto/Graduação	3º Sgt PM	Matrícula	164.192-1	Viatura	*****	Unidade	2º DPRE
-----------------	-----------	-----------	-----------	---------	-------	---------	---------

3º Sgt PM Deivid Neimar S. Oliveira
Matrícula: 164.192-1

Responsável Pelo Setor de Tráfego do 2º DPRE.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

DIETNE 0801820
BOAT 0801820

Local: BR 408 - KM 123,5 Bairro: BR 408 - KM 123,5
Cidade: CAVALO Estado: RN País: BRA
Data: 17/08/2020 Hora do Registro: 09:31 Hora da Ocorrência: 09:31

☐ - Colisão Frontal ☒ - Colisão Lateral ☐ - Empenamento ☐ - Colisão com obstáculo
☐ - Colisão Posterior ☒ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outros

Placa ou Chassi: 000 1234 Cor: BRANCO Ano: 2019
Marca/Mod: FORD FOCUS Tipo: SEDAN
Proprietário: JOÃO DA SILVA N.º de Registro: 000000
Conduto: JOÃO DA SILVA Data de Nascimento: 25/10/1980
Endereço: RUA DA PAZ, 123 Cidade: CAVALO Estado: RN
Bairro: CAVALO CEP: 55000-000
CPF: 000.000.000-00 CNH: 000.000.000-00 Validade: 25/10/2020
Local de Trabalho: --- Função: ---
End: --- Bairro: --- Cidade: ---

Placa ou Chassi: 000 1234 Cor: BRANCO Ano: 2019
Marca/Mod: FORD FOCUS Tipo: SEDAN
Proprietário: JOÃO DA SILVA N.º de Registro: 000000
Conduto: JOÃO DA SILVA Data de Nascimento: 25/10/1980
Endereço: RUA DA PAZ, 123 Cidade: CAVALO Estado: RN
Bairro: CAVALO CEP: 55000-000
CPF: 000.000.000-00 CNH: 000.000.000-00 Validade: 25/10/2020
Local de Trabalho: --- Função: ---
End: --- Bairro: --- Cidade: ---

Placa ou Chassi: --- Cor: --- Ano: ---
Marca/Mod: --- Tipo: ---
Proprietário: --- N.º de Registro: ---
Conduto: --- Data de Nascimento: ---
Endereço: --- Cidade: --- Estado: ---
Bairro: --- CEP: ---
CPF: --- CNH: --- Validade: ---
Local de Trabalho: --- Função: ---
End: --- Bairro: --- Cidade: ---

Placa ou Chassi: --- Cor: --- Ano: ---
Marca/Mod: --- Tipo: ---
Proprietário: --- N.º de Registro: ---
Conduto: --- Data de Nascimento: ---
Endereço: --- Cidade: --- Estado: ---
Bairro: --- CEP: ---
CPF: --- CNH: --- Validade: ---
Local de Trabalho: --- Função: ---
End: --- Bairro: --- Cidade: ---

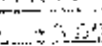
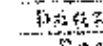
00000001 - Em que Rua: Av. Translata? AV. GODOFREDO ALVES
Em que sentido? PARALELA - NOROCCIDENTAL Em que faixa? 058118
Versão do condutor DOE 184V-1000V NO DIA 14/08/2020 MEMORANDOS QUE NO
CONTECEREMOS COM A SUA JORNADA LABORATIVA NOS DESEJO A OUVIA DE
184V-1000V E AVERMOS O CONTECEREMOS NOUS MEMORANDOS OUVIA DE 1981-80

00000001 - Em que Rua: Av. Translata? _____
Em que sentido? _____ Em que faixa? _____
Versão do condutor _____

00000001 - Em que Rua: Av. Translata? _____
Em que sentido? _____ Em que faixa? _____
Versão do condutor _____

00000001 - Em que Rua: Av. Translata? _____
Em que sentido? _____ Em que faixa? _____
Versão do condutor _____

Características	Forma da Superfície	Forma da Planta	Forma da Folha	Forma da Flor	Forma da Frutificação
<input type="checkbox"/> Amplexicaule	<input type="checkbox"/> Borda	<input type="checkbox"/> Estômato	<input type="checkbox"/> Reto	<input checked="" type="checkbox"/> Seta	<input type="checkbox"/> Involucro
<input checked="" type="checkbox"/> Pteris	<input type="checkbox"/> Simples	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Machada	<input type="checkbox"/> De Agulha de Trânsito
<input type="checkbox"/> Amplexicaule	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Cônico	<input type="checkbox"/> Velho Inglês	<input type="checkbox"/> Dentada	<input type="checkbox"/> De Serrilhão
<input type="checkbox"/> Seta e Tremulação	<input type="checkbox"/> Seta	<input type="checkbox"/> Escudo	<input type="checkbox"/> Velho Saco	<input type="checkbox"/> Pedaço de Unga	<input type="checkbox"/> Folha de Pedestre
<input type="checkbox"/> Seta e Tremulação	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Lado	<input type="checkbox"/> Dente Inglês	<input type="checkbox"/> Chave	<input type="checkbox"/> Folha
<input type="checkbox"/> Humilhação de Seta	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Dente Saco	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input checked="" type="checkbox"/> Machada
			<input type="checkbox"/> Machada	<input type="checkbox"/> Folha	<input type="checkbox"/> Machada de Seta
			<input checked="" type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Folha	<input type="checkbox"/> Vel. Mach. Pteris
			<input type="checkbox"/> Machada	<input type="checkbox"/> Folha	
			<input type="checkbox"/> Refrão	<input type="checkbox"/> Folha	
			<input type="checkbox"/> Introdução	<input type="checkbox"/> Folha	
			<input type="checkbox"/> Introdução	<input type="checkbox"/> Folha	

AVARIAS DO VEÍCULO 1		AVARIAS DO VEÍCULO 2	
	<p>FORÇA + 200 KWH/RSO REINTEGRO</p> <p>6.400,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p>		<p>FORÇA + 200 KWH/RSO REINTEGRO</p> <p>6.400,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p>
	<p>FORÇA + 200 KWH/RSO REINTEGRO</p> <p>6.400,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p>		<p>FORÇA + 200 KWH/RSO REINTEGRO</p> <p>6.400,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p>
	<p>FORÇA + 200 KWH/RSO REINTEGRO</p> <p>6.400,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p>		<p>FORÇA + 200 KWH/RSO REINTEGRO</p> <p>6.400,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p>
	<p>FORÇA + 200 KWH/RSO REINTEGRO</p> <p>6.400,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p>		<p>FORÇA + 200 KWH/RSO REINTEGRO</p> <p>6.400,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p> <p>1.000,00 1.000,00 1.000,00 1.000,00</p>

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RI Nº _____ Órgão Exp. _____
Endereço _____ Nº _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

12 - MARCA DO CARRO ☐ SIM ☐ NÃO 13 - TIPO DE CARRO ☐ CARRO ☐ VAN ☐ OUTRO

14 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
AO LER O BOLETIM DE Ocorrência A VULGARIZAÇÃO A QUEM O BOLETIM
Foi encaminhado, CONSTATO QUE O CARRO É VERMELHO, COM PLACA 2
7349 6, RI 26-230, E QUE O CONDUTOR DO CARRO É O SENHOR JOÃO
1. HENRIQUE SILVA, COM VENCIDA LICENÇA DE COND. CARRO, DATA 08/08/2019, POR
MOTOCICLETA 125 CC 150 CC 200 CC.

Nome Completo do Agente _____
PONTUAGEM: _____ PMEN: 26-230 Viatra: 11/11/2019 Substituído: 11/11/2019
Local e Data: _____ de _____ de 2019 _____
Assinatura do Agente de Trânsito

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3004 CONTA: 00702 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo o câmbio, desde já e somente após a apresentação 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que 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.

Ato futuro assinalado, sob o sigilo do processo de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 36, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou recusa a qualquer direito de contestação, caso discorde 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: 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/vivente? ☐ 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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, esta não sendo, a título de que qualquer emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, a emenda ou suspensão da liberdade criminal na infração do artigo 239 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (1) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (de frente)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 203

Mossoró 18 de Agosto de 2020

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **GENIVAN FERNANDES PIMENTA, 44 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Carro

Data da Ocorrência: 12/08/2020

Local da ocorrência: Rua: Juvenal Lamartine com Rodrigues Alves, Santo Antônio próximo a o Vuco Vuco.

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

Hora do Chamado: 12h 30min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima com suspeita de fratura de punho direito, foi submetida a imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró.**

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Marcilene Pereira de Souza, 27 anos, portador de CPF: 046.904.384-98.**

Estamos à disposição para mais informações.

[Assinatura]
SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
Diretora Administrativa do SAMU/Mossoró

Silvania do Monte Santiago

Matrícula 58682-1

Diretora Administrativa do **SAMU/Mossoró**

[Assinatura]
Dr. Dixon F. Medeiros Lima
Diretor / SAMU
Mat. 0405418-3
CPF: 89.554.111-1

Dixon Fradik Medeiros Lima

Matrícula 405418-3

Diretor Geral do SAMU/ Mossoró

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000002702-1

Nr. da Autenticação 3A90080396B67D9C

