

COSERN

Companhia Energética de Roraima S.A.
Av. Marechal Rondon, 1000 - Centro - RR - CEP 69000-000
Fone/Fax: (69) 324-560000 - E-mail: Est.2006-18-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ALCILDE FELIX DA SILVA

CPF: 480.995.204-52

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Residencial

06167267E	UNCA	13112020
583029	00000000000000000000000000000000	401,66

ENDERÉCOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SÉ 5 DE JANEIRO 1616

SANTO ANTONIO/ÁREA URBANA
MOSORORÓ/RN
58611-070

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Carroceria/Alumínio Piso	240,000000	0,36447327	88,00
Carroceria/Alumínio Teto	240,000000	0,71111161	170,00
Combinado Elétrico/Mural			0,00
Materiais de Construção - NF 34655/08 - 21/09/20			0,00
Impressora-NF 34662/08 - 21/09/20			1,38
Ajuste/Spécie/CFM NF 0405510000 21/09/20			0,00

TOTAL DA FATURA

NR DO MEDIDOR	TIPO/ FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	IMP	CONSTANTES	AJUSTE	CONSUMO (LHM)
27229876	UNCA	20/11/2020	32.952,00	33.399,00	35	1.222,00		447,00

DETALHAMENTO

ITEM	VALOR	VALOR DO MEDIDOR						
Medidor - 240	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00
ICMS	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
PIB	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSB	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2022	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2023	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2024	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2025	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2026	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2027	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2028	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2029	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2030	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2031	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2032	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2033	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2034	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2035	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2036	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2037	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2038	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2039	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2040	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2041	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2042	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2043	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2044	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2045	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2046	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2047	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2048	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2049	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2050	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2051	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2052	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2053	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2054	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2055	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2056	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2057	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2058	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2059	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2060	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2061	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2062	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2063	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2064	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2065	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2066	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2067	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2068	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2069	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2070	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2071	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2072	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2073	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2074	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2075	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2076	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2077	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2078	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2079	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2080	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2081	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2082	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2083	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2084	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2085	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2086	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2087	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2088	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2089	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2090	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2091	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2092	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2093	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2094	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2095	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2096	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2097	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2098	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2099	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2101	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2102	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2103	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2104	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2105	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2106	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2107	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2108	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2109	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2110	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2111	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2112	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2113	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2114	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMSST - 2115	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0			

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 e sancionar, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu WILSON SOARES COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 344.270.410-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário WILSON SOARES COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.771.154-95, do sinistro de DPVAT cobertura COLISÃO, da Vítima WILSON SOARES COSTA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.771.154-95, 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, anexo, e/ou a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Al. 06 06</u>	<u>Bl. Jardim 242</u>	<u>1615</u>	<u>663.62</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Guarapari</u>	<u>ES</u>	<u>ES</u>	<u>69610-070</u>

Telefone comercial (DDD) 164/91533.106 | Telefone celular (DDD)

16/08/2011, 27 de Agosto de 2011

Local e Data

Assinatura do Declarante

CIRURGIA GERAL - AMARELO

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

Nascimento: 07/11/1975 Natural: MOSSORÓ, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
 CNS: 702302148316913 CPF: 03277618498 Prof:
 Mãe: MARIA DE LOURDES PIMENTA Pai: EXPEDITO FERNANDES PIMENTA
 Logradouro: MARECHAL HERMES, 1083
 CEP: 59618670 Bairro: BOM JARDIM Cidade: MOSSORÓ
 Telefone: 84.94155171 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO Tipo: REGULADO
 Origem: SAMU RN *Empresa:

OBS: VINDO COM SAMU		Classificação:		PESO:					
12/08/2020 12:41:43									
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:

*Fratura de punho direito.
 Nega lesão e desferimento*

ao ORTHOPAEDIA

Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira
 Cirurgião Geral e Vascular
 CRM 2834

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
<i>Voluntaria 75 (75) 1000-3305</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira Cirurgião Geral e Vascular CRM 2834</i>			
<i>CD: 1,78 500-476</i>			
<i>1º dia - Cinto de cintura</i>			
<i>Hospital Regional Tarcísio Maia</i>			
<i>100% CONFORME O ORIGINAL</i>			
<i>Ass. Mossoró 12/08/2020</i>			
<i>R. Ribeiro</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 JUREIDES DE BRITO ALMEIDA. Impresso em 12 de Agosto de 2020.

(Assinar e Carimbar)

13.

12/8/2000 Ortopedia

Dr. Luis E. C. Alencar
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM: 285

Vitória da favela de serra ante operação

do 1º dedo + deformidade polimial
busto muscular cr.

Re cor frágil e de dente metálico
que se ressentem de fr. Exponentes +
el. Tendo ^{depois} ^{distância} para a deformidade
frágil e fraco antropométrico
pt. Ho. Exponentes

14/8/2000

pt: 160g. Observado que é de
baixa fratura com acometimento
de enternecimento: tipo Cervical
e fratura de colo de origem

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME A ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 20/05/2000
B140
SAME/ARQUIVO

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 7409 EGT 16000 PRC/2001

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

NUCLEO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGICA H.RTM.

DATA

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
FOTO COMPROMISSO ORIGINAL
DATA 12/08/2020

BAIXE / ARQUIVO

CCIH - HRTM

DATA 21/08/20

Assinatura

SUS**NIR****Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****SISTEMA DE
SERVIÇOS BÁSICOS DE
SAÚDE****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

CNES: 2503689

Executante: O solicitante ou _____

CNES:

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

Prontuário:

CNS: 702302148316913

Nascimento: 07/11/1975

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA DE LOURDES PIMENTA

Pal: EXPEDITO FERNANDES PIMENTA

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

Fone: 94155171 /

Município: MOSSORÓ

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 DIAFISARIA UN

Profissional Solicitante / Assitente:

LEANDRO MAGNO COSTA FREIRE

CRM: 7439 / RN

Data da Solicitação 12/08/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

- () 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: _____ Orgão Emissor: _____

Nº Autorização da AIH: _____Documento: () CNS () CPF nº _____

Data da Autorização: _____ / _____ / _____ Assinatura/Carimbos: _____

HOSPITAL MUNICIPAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAMM MOSSORÓ 03/08/2020
S. M. /
NAME / ARQ/NUCNÚCLEO INTERNO DE REGISTRO
NIR / HRTM
AIH INCLUSA NO SISTEMA



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

5 - N° DO PROFISSIONAL

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACIAÇÃO

MASC

FEM

3

11 - NOME DA MÃE

12 - FONE DE CONTACTO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - FONE DE CONTACTO

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, 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

Hospital Regional Tarcísio Maia

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Dr. Leandro Freire

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Dr. Leandro Freire

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD.

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Justificativa de se não figura na forma
de escrito

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM/RN 7139 - COT 16088 RQE 37-1

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/08/12

44 - DOCUMENTO

45 - N° DOCUMENTO (CRN/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

(CRN)

(CPP)

01418613E161985

46 - ASSINATURA E CARMIM (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CÓDIGO DO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

12/08/12

50 - DOCUMENTO

51 - N° DOCUMENTO (CRN/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

(CRN)

(CPP)

52 - ASSINATURA E CARMIM (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Leandro Fernando Romano Reg N° 64150

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de 1/3 distal no húmero direito

Indicação terapêutica: Ortopediatra - uso com fixador externo de Colos

INTERVENÇÃO

Inicio: 10:00h Fim: 16:00h Duração: 6h

Operador: Dr. Leandro Freire

1º Auxiliar: DR. LUIZ FERREIRA

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMM MOSSORÓ

Instrumentador: Bruno

Anestesista: DR. JOSÉ GOMES SAMM 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

Incisão sob Duração em segundos: _____
Anti-espuma e gesso fixamento: _____

Drenagem à Fratura Só Escavação de
tecido viável

Colagenase com fixador externo de
colos

curativo

infusão

Dr. Leandro Freire
Ortopediatra Traumatologista
CRM-RN 1210098-RQE 3711

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: 12/06/16 Hora: 10:00 Paciente: Genival Ferreira Pinto 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

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. Wanderson

Auxiliar: Enfermeira Fernanda

Instrumentador:

Circulante: Enfermeira Vanuella

Materiais de vias aéreas disponíveis?

- Laringoscópio Baraka Aspirador
 Monitor/oxímetro de pulso funcionando

Via aérea difícil?

- Sim Equipamento VAD disponível
 Não

Equipamento Anestésico funcionante?

- 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 PÓS-CIRÚRGICA

Realizado contagem de compressas, gazes e agulhas?

- Sim Não

Realizado contagem dos instrumentais?

- Sim Não

Peça cirúrgica para anatomo-patológico?

- 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: 4423

CRM: 4863

COREN: 4429

COREN: 364459 / 832328

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

CÓDIGO: 214527

DATA DE ADMISSÃO: 12/08/2020

LEITO: 302-5

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

	PREScriÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA BRANDA HIPOSSÓDICA	
2	SF 0,9% - 1500 ML - EV (CORRER EM 24 HORAS)	12 23 32
3	CFFTAZIDIMA 1G - 1 AMPOLA - 10 ML ABD - EV 8/8 H	14 22 06
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	12/08/2020
9	SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS	Pratina
10		
11		
12	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA	
13	ESTÁ CONFORME O ORTÓSTICO SAMU MONSEPO	

SAÍDA ARQUIVADA

Fábio de Carvalho
 Ortopedista e Traumatologista
 Ortopedia e Reabilitação
 TECN: 61176 - CRM: 000372

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

BOLETIM DE ADMISSÃO

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: 702302148316913 Convênio: SUS

Leito: 205-01 Enfermaria: 205 - AP 205 215.

Endereço: MARECHAL HERMES, N° 1.083 - CEP: 59600-010 Bairro: 20M JARDIM

Cidade: Cid.: 2408003 - MOSSORÓ/RN Profissão: BIOQUÍMICO Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Pai: EXPEDITO FERNANDES PIMENTA Mãe: MARIA DE LOURDES PIMENTA

Naturalidade: MOSSORÓ Caráter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Procedimento Solicitado: 0408020431-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA - 5525 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Diagnóstico Definitivo: Autonomização:

Médico: 5924 - PABLO ROMERO DA ESCÓSSIA PINHEIRO

Carteira:	Resultado			
Validade: 30/12/1899	Curado	Removido	-48 Horas	
Autorização:	Melhorado	Pedido	+48 Horas	
Sermer:	Inalterado	Evasão		Obito
Guia:	Piorado	Indisciplina		
HOSPITAL WILSON ROSADO Convênio: <i>SLB</i> () Com 03 Refeições <input checked="" type="checkbox"/> Sem Refeições <input checked="" type="checkbox"/> Acompanhante	Transferido:			

História Clínica

Altura: 1,81m

Peso: 76kg

Diagnóstico Provável

Dr. Pablo Romero da Escóssia Pinheiro
Ortopedista e Traumatologista
CNPJ/RN: 5924
TELE: 14391

Monilene R. de Souza

RESPONSÁVEL

PABLO ROMERO DA ESCÓSSIA PINHEIRO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
 PEDRO VELHO, 250 - SANTO ANTONIO
 59611-010, MOSSORÓ/RN
 CNPJ: 35.550.324/0001-50
 HOSPITAL
 DSON RISSADO TELEFONE: (84) 3318-9000

paciente: 1229042-GENIVAN FERNANDES PIMENTA
 FERMARIA: 215-AP 215

LEITO 215-02

ADMISSÃO: 19/08/2020

DIAS INTERNADO: 0

44 A,9 M,11 D

PRESCRIÇÃO MÉDICA

25/08/2020 - 17:39:05

Resolução Médica

DATA: 25/08/2020
 PÓ DE FRATURA RÁDIO DISTAL DIREITO
 PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS

DIETA LIVRE

SÓRIO FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML	1,00 FR	IV	08/08H	22/08
CEFALOTINA 1 G	1,00 FA	IV	06/06H	+ ABD
DIPRORONA 500MG/ML 2ML	1,00 AMP	IV	06/06H	+ ABD
TRAMAL 50MG/ML 2ML	1,00 AMP	IV	08/08H	+ SF 0,9% 100ML
TENOXICAN 20MG PÓ LIÓFILO P/SOLUÇÃO INJETÁVEL	1,00 FRAM	IV	12/12H	+ ABD
NAUSEDRON 8 MG / A ML	1,00 AMP	IV	08/08H	+ ABD
OMERAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00 FA	IV	1X DIA	5N
SSWV +CCGG				SSG
CURATIVO DIÁRIO				KUN. CUR.

*Y. H. L. S. M. P. M. A. G. P. M. (P. M. A. G. P. M.)
 Diagnóstico e Tratamento
 (P. M. A. G. P. M.)
 (P. M. A. G. P. M.)*

PACIENTE: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

DATA: 19/08/2020

CIRURGIA:

CIRURGIA REALIZADA: OSTEOSÍNTESE DE RÁDIO DISTAL DIREITO

EQUIPE CIRÚRGICA:

CIRURGIÃO: DR PABLO ESCÓSSIA

AUXILIAR: DR RAPHAEL

ANESTESISTA: DR ELUMAR

ENFERMEIRA: ALESSANDRA

INSTRUMENTADORA: BRUNO

CIRCULANTE: *Delegado*

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, 19/08/2020

*DR. PABLO ESCÓSSIA
CIRURGIÃO
CONCEPCIONAL
PACIENTE: GENIVAN FERNANDES PIMENTA*

SMT - WEDD

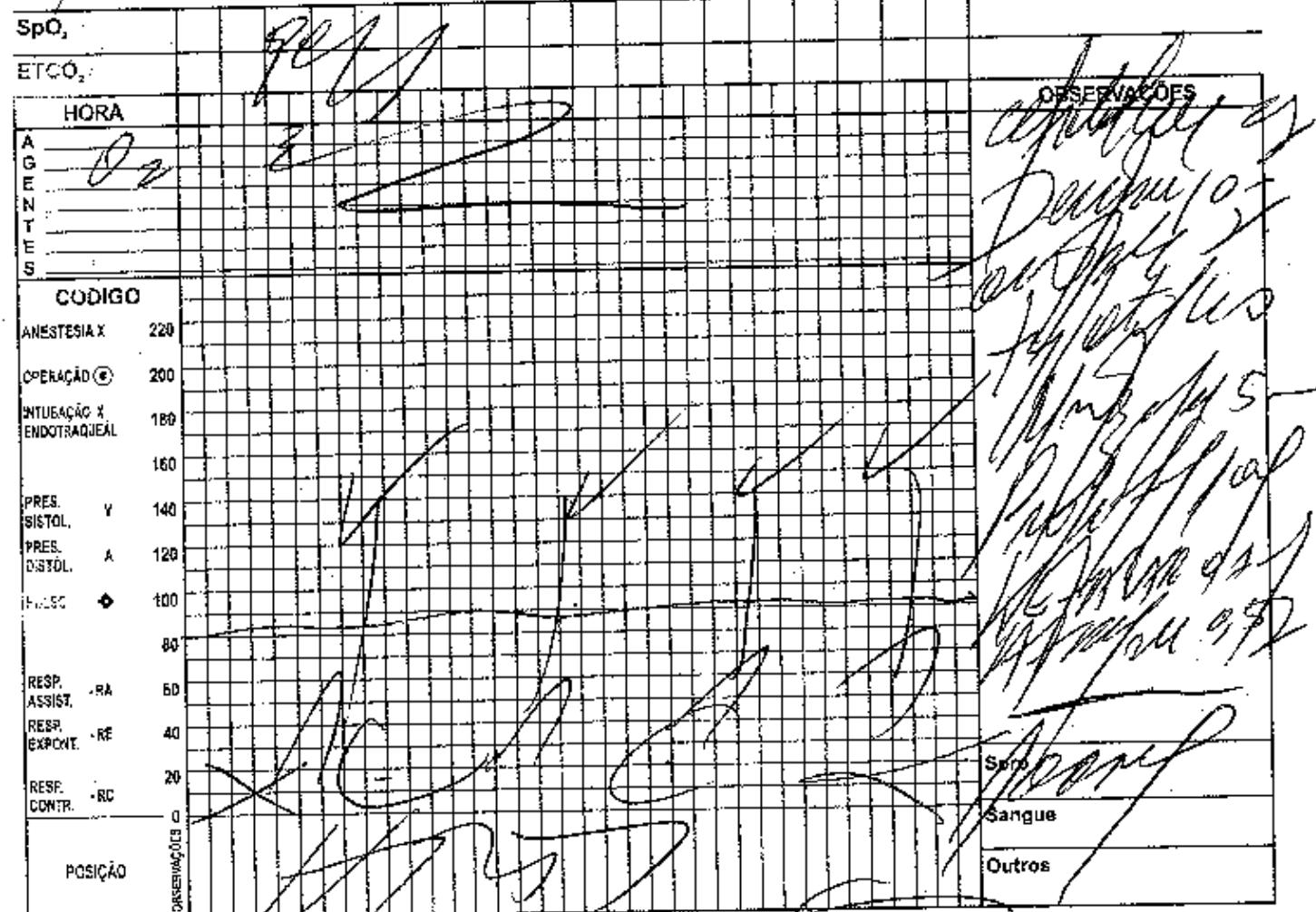
CAM Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

FICHA DE ANESTESIA

NOME		GENIVAN F. DES Pimenta		DATA	
SERVIÇO		ANESTESISTA	CIRURGIÃO	19/05/2000	
IDADE	SEXO	COR	PR. ART.	PUL. S/S	TEMP.
21	M	BR			ESTADO FÍSICO 1 2 3 4
DIAGNÓSTICO Vert. Fimbra					

OPERAÇÃO REALIZADA

INÍCIO	TERMINO	DURAÇÃO	ROTINA	EMERGÊNCIA	EXTRA
16.00	17.00	100			



TÉCNICA ANEST. GERAL: () INALATÓRIA: () ENDOVENOSA: () BALANCEADA: () SEDAÇÃO: ()
ANEST. REGIONAL: () RAQUIDIANA: () PERIDURAL: () OUTROS: ()

AGENTES EMPREGADOS

ACORDADO	SALAS DE RECUPERAÇÃO	CONDICÕES	ÓBITO
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	

Dr. Elmano Pereira da Silva
ANESTESIOLOGISTA
CRM 1402 - CPF 06786858

1957



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Tel.: (84) 3318-9000

Atendimento: 1229042

Data: 19/08/2020

SENHA: 0

SUS

Guia:

Hora: 10:13:00

Tipos: INTERNACAO

Sexo: MASCULINO

WILSON ROSADO

8.602 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Idade: 44 Anos M,11 Profissão: BIOQUÍMICO
Cidade: MOSSORÓ/RN
Bairro: BOM JARDIM
CEP: 59600-010
Civil: SOLTEIRO(4)
Mae: MARIA DE LOURDES PIMENTA
CPF: 032.776.184-98 - SUS: 702302148316913
Data de Nascimento: 08/11/1975
Endereço: MARECHAL HERMES, 1.083 -
Telefone: (84) 9941-55171 Celular: (84) 9917-17755

08/2020

755.04 ORTOPEDIA

PO DE OSTEOLOSÍN/ESF DE FRATURA RÁDIO DISTAL

SEM QUEIXA.

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

CD: ANALGÉSIA, ATB, CURATIVO, ACOMPANHAMENTO FAM AMBULATORIAL

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

8187 - GUILHERME GARCIA RIGOLIN

ENTE: 1229042-GENIVAN FERNANDES PIMENTA

IDADE: 44 A,9 M,11

SUS

CRMARIA: 215-AP 215

LEITO: 215-02

ADMISSÃO: 19/08/2020

PRESCRIÇÃO MÉDICA

18/2020 - 07:55:13

A LIVRE

0 FISIOLOGICO 0,9% - 500 ML	1,00FR	IV	08/08H	09 0 15.16.20.06	14 22 52
LOTNA 1 G	1,00FA	IV	06/06H	+ ABD	10 16 22 04
RONA 500MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	06/06H	+ ABD	42 13 24.06
VAL 50MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	08/08H	+ SF 0,9% 100ML	10 18 32
OXICAN 20MG PÓ SÓLIDO P/SOLUÇÃO	1,00FRAMP	IV	12/12H	+ ABD	16 04
RAVEL					
SEDRON 8 MG / 4 ML	SN	1,00AMP	IV	08/08H	+ ABD
PRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00FA	IV	EX DIA		06

/+COGG Retina
ATIVO DIÁRIO: CG
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

Convênio:SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 205-01

19/08/2020

Hora	PA	Temp	FC	FR	Glicemia
------	----	------	----	----	----------

Assinatura

10:30:00	ADMINTO 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 RÁDIO, COM FIXADOR EXTERNO. NEGA: HAS+DM É ALÉRGIA MEDICAMENTOSA. RÉCÉBIO CONSCIENTE, ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, COMUNICATIVO, EM JEJUM PARA CIRURGIA, AOS SSV: NORMOCARDÍCO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNÉICO EM A4, ACIANOTICO, ANÍCTERO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA >25. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELEUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICAS PRESENTES, VEIO COM AVP, SENDO RETIRADO E FOI REPÚNCIONADO EM AVP, NO MSE, VIBILIZANDO HV. LIVRE DE EDEMAS. SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATÓRIA. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SÉGUÉ AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. PACIENTE TOMOU BANHO COM CLOREXIDINA D'ERGEMANTE, AGUARDA CIRURGIA.	JEMIMA MEDEIROS DE PAULA (ENFERMERA)
----------	---	---



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PLDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010
CNPJ: 25.650.324/0001-50
Tel: (84) 3318-9000

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

Assinatura

Técnico(a)	Anotação
LUZIA GUILDES BRASILIO	PACIENTE TRANSFERIDO DO PUSSTO 2 PARA CC EM CADIRRA DE RODAS ACOMPANHADO DE MAQUEIRO E FAMILIARES. - PA: TAX: 0,00e F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 Fl O ₂ : 0 Ventilação: Decitibio: Luzia Guedes Tec-Enfermagem COREN-RN 952466



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Genival Fernando pimenta Idade: 44 Registro: 45 2602
Setor: E.C Médico: DR. gabardo Enferm./Leito: 205-01

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
08/08/14	12:10	paciente. Necessita de centro de urgências, leito de post, em condições para permanecer no ambulatório. Famíliares conci- entemente, mentem verbalizadas, com humor puro. 100% pro- ficientes. Receptores com 100% facilidade. Equipe, profissionais com 100% entre 5 em forma- lizamento. Nega ter des- tintos hipertensos, alergia a qualquer medicamento e nega ter os resultados de exames.	Assinatura
08/08/14	15:50	Relevo paciente em 10 paix procedimento cirúrgico.	Assinatura
08/08/14	16:00	inicio do alojamento anestésico com no 1 eletrônico. O mesmo monitulado?	Assinatura
08/08/14	16:10	inicio do procedimento cirúrgico. sem intubação endotracheal com Dr. Pablo, Dr. Rafael.	Assinatura
08/08/14	17:10	terminio do procedimento cirúrgico, resolvido descolar ciclo de ECG.	Assinatura
08/08/14	17:30	comitâmk paciente para UP para 1º opção de dialo.	Assinatura
08/08/14	17:30	Exames: paciente no 1º exame de ECG. Exames: exames de sangue, urina e exames de função renal.	Assinatura
08/08/14	18:00	Foram realizados exames de sangue, urina e exames de função renal.	Assinatura



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Tel.: (84) 3318-9000

HOSPITAL
WILSON ROSADO

Data da internação: 19/08/2020 - 10:13:00
Convenio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Letto: 215-02

1229042 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Idade: 44 A, 9 M, 11 D

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

19/08/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

20:10:06	RECEBIDO PACIENTE PROVENIENTE DO CC, PO DE FRAUTURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO, CONCIENTE, ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, DIETA POR VO, DIURESE E EVACUAÇÕES EXPONTÂNEAS, AO EXAME NORMOCARDIO, NORMOTENSO, EUPNEICO EM AA, SEGURO OS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO. - PA: TAX: 9 F.C.: F.R.: Gilcemia: PVC: PAM: Sat. O ₂ : FIO ₂ : Ventilação: Decúbito:	RHANESSA RUAIMA FERNANDES CORRÊA FAGUNDES	<i>Rhannessa Ruaima, C. Fernandes Corrêa, C. Fagundes</i>
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 Gilcemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FIO ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	RHANESSA RUAIMA FERNANDES CORRÊA FAGUNDES	<i>Rhannessa Ruaima, C. Fernandes Corrêa, C. Fagundes</i>



WILSON ROSADO
HOSPITAL

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PLANO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.374/0001-50
TEL: (84) 3318-9000

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

19/08/2020
ADMINISTRADO 500ML SF 0,9% IV, 1FR CEFALOTINA 1G + ABX IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,009 F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemias: 0
PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 Fl.O2: 0 Ventilação: Decúbito:

RHAYSSA RUAMA
FERNANDES CORREIA
HAGUNDES

Rhayssa Ruama; C. Hagundes
Téc. de Enfermagem
CORLN: RN 145.750

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1229042 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Data da internação: 19/08/2020 - 10:13:00
Convenio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Lote: 215-02

20/08/2020

Anotação

Técnico(a)	Assinatura
RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	Rhaysa Ruama, C. Agundes Técn. Enfermagem COPEN-RN 1451266
RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	Rhaysa Ruama, C. Agundes Técn. Enfermagem COPEN-RN 1451266
RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	Rhaysa Ruama, C. Agundes Técn. Enfermagem COPEN-RN 1451266
RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	Rhaysa Ruama, C. Agundes Técn. Enfermagem COPEN-RN 1451266



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VALHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59641 010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel: (84) 3318 9900

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

20/08/2020

Anotação

Técnico(s)

Assinatura

07:56:00	PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR APOS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI RETIRADO AVP, ENTREGUE RECEITUARIOS, PASSADO ORIENTAÇÕES - PA: TAX: 0,03 ⁰ F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PWC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 Fi O ₂ : 0 Ventilação: Decíbito:	JUANA KARINH FELIX DA SILVA	 Juana Karinh Felix da Silva Tax: 0,03 ⁰ F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PWC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 Fi O ₂ : 0 Ventilação: Decíbito: 20/08/2020 JUANA KARINH FELIX DA SILVA
----------	---	--------------------------------	--



HOSPITAL
WILSON ROSADO

PLANOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Paciente: Gonçalves Fernando Ribeiro —
Clínica: _____ Enf.: _____ Leito: _____
Cuidados Especiais: SEGU: pre-operatório

post-operatório

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRO
DE PESSOAS

NOME
PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA



DOC. NOME/DADE: ORG. EMISSOR: IN: 1329227 Itep RN

CPF: 877.270.214-15 DATA NASCIMENTO: 08/08/1972

PAIS/ÃO:
FRANCISCO DAS CHAGAS
NORONHA
LUZIA MARIA ALVES DE
CASTRO

PERMISSÃO: ACC: CAHAB: NR:

Nº REGISTRO: 1329227 VIGÊDADe: 08/12/2016 N.º HABILITAÇÃO: 08/08/1994

Observações:

A:

Paulo Sérgio Castro de Noronha.

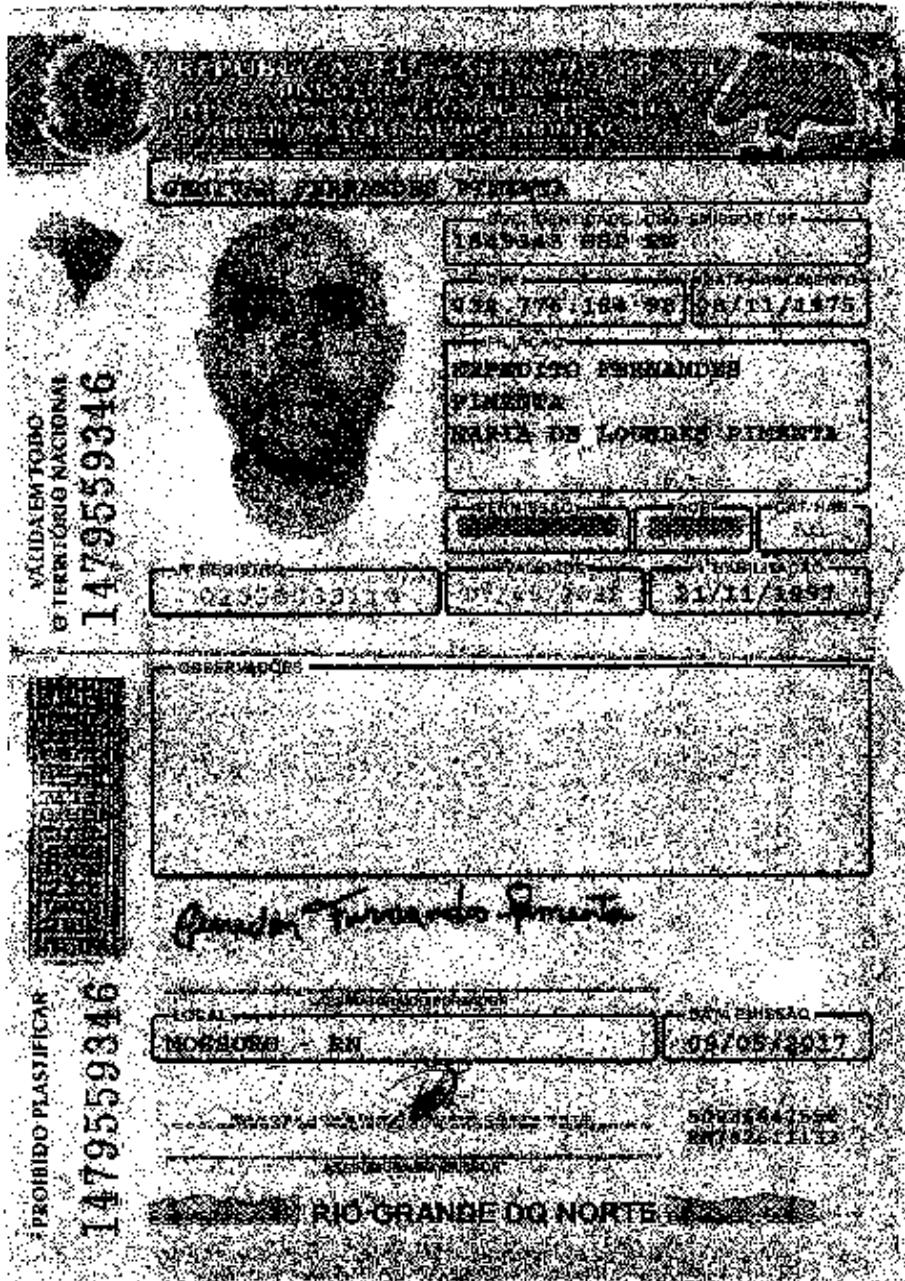
Assinatura do Portador

Local: MOSSORÓ, RN.

DATA EMISSÃO: 08/12/2016

99416102955
RN702520714

DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRO DE PESSOAS



PROTIBIO PLASTIFICA

1479559346

VALIDADEM REPO
SITOS TÉCNICOS NACIONAIS

1479559346

RIO GRANDE DO NORTE

Mr. M. G.

DECLARAÇÃO

EU Rosângela Fernandes Pimenta
portador (a) da cédula de RG de N° 1.049.943 e
CPF 232.716.184-98 Declaro para Os devidos fins
que estive no Banco Caixa Econômica Federal
para regularizar minha conta Poupança de agência
3064, número 52701-4 para pode receber o
beneficio da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Florianópolis, 27 de Novembro de 2020.

Rosângela Fernandes Pimenta

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCÁRIA

DECLARAÇÃO

EU Rosângela Fernandes Pimenta
portador (a) da cédula de RG de N° 1.049.943 e
CPF 232.716.184-99 Declaro para Os devidos fins
que estive no Banco Caixa Econômica Federal
para regularizar minha conta Poupança de agência
3064, número 52701-4 para pode receber o
beneficio da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Florianópolis, 27 de Novembro de 2020.

Rosângela Fernandes Pimenta

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCÁRIA

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

Valorização 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: Edson Ferreira Noronha, brasileiro(a),
estado civil: Divorciado, Profissão: Pescador, Data do Acidente 31-03-2013,
Cobertura extensiva, portador(a) do RG 1649 343, órgão expedidor
SSP/RN e do CPF: 026 774 134 58 residente no(a)
Av. Manoel Ribeiro, nº 1234 CEP 54010-010,
bairro: Centro, 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.

Edson Ferreira Noronha, 31-03-2013
Local e Data

Edson Ferreira Noronha, 31-03-2013
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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/08/2020

Titular do CPF: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

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, 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, retorno 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 - N° 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 N° 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): 17 - Tel.:

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

18 - Nome completo do Representante legal: 19 - CPF do Representante legal: 20 - Profissão do Representante legal:

Declaro, para todos os fins de direito, res-dir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

21 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: REUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ausente uma opção) CONTA CORRENTE (Pouca ou muita)

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

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: AGENCIA: CONTA: (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, os valores devidos à mim, a título de indenização, a respeito do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desse já e somente para a finalização do crédito, quitação total, no 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 **(assinalar uma das opções):**

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

Pelo motivo acima relatado, solicito o preseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, em conformidade, 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 previsão concreta com a futura evolução médica ou clínica e que é de sua competência, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: Sim Não 30 - Vítima deixou: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Sim Não 33 - Vítima deixou: Sim Não 34 - Vivos: Sim Não 35 - Falecidos: Sim Não 36 - Vivos: Sim Não 37 - Falecidos: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder paga à, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quaisquer beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, a todo, de que qualquer em caso de declaração não verdadeira a Líder se reserva a obrigação de ressarcir o valor recebido, a fim de incorporar a ilidade criminal ou infracção do artigo 299 do Código Penal.

38 - Nome:
 39 - Nome:
 40 - Nome:
 41 - Nome:
 42 - Nome:
 43 - Nome:

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:
 37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:
 38 - 1º | Nome:
 CPF:
 Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
 CPF:
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:
 41 - Assinatura da vítima/benficiário (declarante):
 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
PÓLICIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRAFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

Nº 0801820

I - LOCAL DO ACIDENTE

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

2 - VEÍCULO V-2

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
Local de Trabalho	PAM DO BOM JARDIM					07/05/2022

3 - VERGÃO 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

IMPSSIBILITADE DE COMPROV.

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 Trânsito 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

卷之三

Local: Av. Presidente Vargas, 1.500, Centro Nome: Edson José da Silva
Cidade: Florianópolis Telefone: (48) 223-6002 Celular: (48) 9911-5502
Data: 13/03/2012 Hora do acidente: 12:35 Hora do resgate: 13:24 Hora da saída: 13:30

Collaborative **Competitive** **Opportunistic** **Adaptive**

Placa ou Chassi 42-7443 / Cidade 35025 / CEP 13000-000
Marca/Modelo FIAT 147 / Ano 1994 / KM 100.000
Proprietário WILSON VIEIRA DE SOUZA / RG 100.000
Condutor WILSON VIEIRA DE SOUZA / RG 100.000
Endereço Rua 26 de Setembro, 1000 / CEP 13010-000
Bairro Centro / Cidade Itapetininga / UF SP
CPF/N^c 436.316.123-40 / CNH 1541832001 / Placa 23-1022 / Exped. 16-06-2000
Local de Trabalho Centro de Treinamento / Cidade Itapetininga / UF SP
End. Rua 26 de Setembro, 1000 / Bairro Centro / Cidade Itapetininga / UF SP

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mud. _____ I.º _____ Ano _____ Ano _____
Proprietário _____ N.º de Chapa/PLA. _____
Condutor _____ Placa de Motor _____
Endereço _____ N.º _____ Bairro _____
Bairro _____ I.º distri. _____ Cidade _____ UF _____
CPI-N.º _____ CNE-N.º _____ Número de Placa _____ Número de Logotipo _____
Fogal de Trabalho _____ I.º _____ II.º _____ III.º _____ IV.º _____
End. _____ N.º _____ Bairro _____ Cidade _____ UF _____

QUESTIONARIO - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido? PARA O LADO DIREITO Em que faixa? 02 FAIXA

Versão do condutor ESTAVA ANDANDO NO LADO DIREITO PEGANDO FAIXA, QUANDO
DESENTRALIZOU COM A SUA MOTO UMA MULHER HAVIA DESCEU A PISTA DAS
FAIXAS, E A MULHER A MOTO DESCEU, HAVIA MULHERES DENTRO DA MOTO

QUESTIONARIO - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido? PARA O LADO DIREITO Em que faixa?

Versão do condutor

QUESTIONARIO - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido? PARA O LADO DIREITO Em que faixa?

Versão do condutor

QUESTIONARIO - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido? PARA O LADO DIREITO Em que faixa?

Versão do condutor

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expeditor _____ Data de Nascimento _____ / /
Endereço _____ Número _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ CEP _____
Versão _____

ASSISTANT SECRETARY OF STATE FOR ECONOMIC AFFAIRS
134629

Nome _____ RG N° _____ Orgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____
Endereço _____ N. _____ Unidade _____
Bairro _____ Cidade _____
Número _____ U. _____

Assentura.com - Your Source for Quality Assentura Products

Nome _____ RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ N. _____ Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Barro _____ Cidade _____ 11
Verão _____
Assinatura _____ Rua _____

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ R.E. N. _____ Orgão Exp. _____
Endereço _____ N. _____
Bairro _____ Cidade _____ Estado _____
Até qual dia/ano _____ 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000

17 - QUESTÃO DE QUESTÃO DE TRANSFERÊNCIA

Nome Completo do Agente: J. ALBERTO VIEIRA DE SOUZA - CRM: 102
PONTO/GRAD.: 08 - PMN: 05 - MZ: 01 - Vistoria: 01 - S1 - Submida: 03 2024
Local e Data: 09/04/2024 - 09 de Abril de 2024 - 09 de Abril de 2024, 09 de Abril de 2024.
Assinatura do Agente de Trânsito:



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 de Silvania do Monte Santiago

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do **SAMU/Mossoró**

Assinatura de Dixon Fradik Medeiros Lima
Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor Geral do **SAMU/ Mossoró**

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: 00000002702-1

Nr. da Autenticação 3A90080396B67D9C

