

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210103981 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. P10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA. P11 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210103981 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. P10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA. P11 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210103981 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA. P10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA. P11 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ P 1 - SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210103981 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA. P10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA. P11 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ P 1 - SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210103981 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA. P10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA. P11 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ P 1 -SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO, DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210103981 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA. P10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA. P11 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ P 1 -SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO, DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210103981 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. ESCORIAÇÕES DIFUSAS.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do 3º dedo da mão esquerda apresenta flexão da articulação interfalangeana proximal aos 40°, flexão da articulação interfalangeana distal aos 50°, sem amputação, preensão palmar anormal, movimento de pinça anormal. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO EM 21/12/2020 SENDO REALIZADA LIMPEZA CIRÚRGICA, DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER DA FRATURA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO COM IMOBILIZAÇÃO COM TALA LUVA, SENDO POSTERIORMENTE REALIZADA FISIOTERAPIA. O FIO FOI RETIRADO APÓS 45 DIAS. ALTA EM ABRIL DE 2021. ATUALMENTE, VÍTIMA APRESENTANDO DESVIO ROTACIONAL E LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA EM GRAU MODERADO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/06/2021

Conduta mantida:

Observações:

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210103981 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. ESCORIAÇÕES DIFUSAS.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do 3º dedo da mão esquerda apresenta flexão da articulação interfalangeana proximal aos 40°, flexão da articulação interfalangeana distal aos 50°, sem amputação, preensão palmar anormal, movimento de pinça anormal. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO EM 21/12/2020 SENDO REALIZADA LIMPEZA CIRÚRGICA, DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER DA FRATURA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO COM IMOBILIZAÇÃO COM TALA LUVA, SENDO POSTERIORMENTE REALIZADA FISIOTERAPIA. O FIO FOI RETIRADO APÓS 45 DIAS. ALTA EM ABRIL DE 2021. ATUALMENTE, VÍTIMA APRESENTANDO DESVIO ROTACIONAL E LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA EM GRAU MODERADO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/06/2021

Conduta mantida:

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

Ao Sr(a) analista da Seguradora Líder:

SINISTRO: 3210103981

NOME: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA CPF: 083.740.214-03

Diante do exposto, venho encarecidamente requerer o prosseguimento do meu processo concluindo com o **REAGENDAMENTO DE PERICA MÉDICA**, para confirmar minhas sequelas de acordo com um perito nomeado pela seguradora Líder.

(84) 99806-1091

(84) 99134-3008

(84) 99119-0366

NATAL, 09-06-2021

LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3210103981

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA OLHO DAGUA, 4, LT 04, Extremoz/RN

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SESPDS/RN / 002355729

Data e local do acidente: 20/12/2020 - Extremoz/RN

Data e local do exame: 23/06/2021 - Natal/RN

Coordenadas Geográficas: latitude: -5.81467 , longitude: -35.20755

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA EXPOSTA DO 3° QUIRODÁCTILO ESQUERDO. ESCORIAÇÕES DIFUSAS.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA E FIXAÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER DE FRATURA EXPOSTA DO 3° QUIRODÁCTILO ESQUERDO SEGUIDO DE FISIOTERAPIA. O FIO FOI RETIRADO APÓS 45 DIAS. ALTA EM ABRIL DE 2021.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do 3° dedo da mão esquerda apresenta flexão da articulação interfalangeana proximal aos 40°, flexão da articulação interfalangeana distal aos 50°, sem amputação, preensão palmar anormal, movimento de pinça anormal. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

DESVIO ROTACIONAL E LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 3° QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

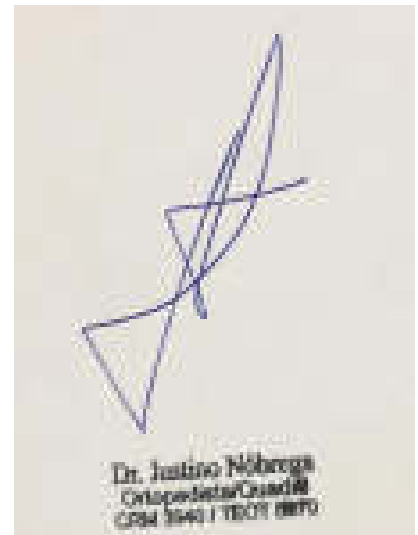
() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

3° Dedo da Mão Esquerda - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Ao Sr(a) analista da Seguradora Líder:

SINISTRO: 3210103981

NOME: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA CPF: 083.740.214-03

Diante do exposto, venho encarecidamente requerer o prosseguimento do meu processo concluindo com o **REAGENDAMENTO DE PERICA MÉDICA**, para confirmar minhas sequelas de acordo com um perito nomeado pela seguradora Líder.

(84) 99806-1091

(84) 99134-3008

(84) 99119-0366

NATAL, 14-05-2021

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN

Nº 012440550002

25015667/2017

74140751926

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1	COD. RENAVAM 01087575173	RNTRC *****
----------	-----------------------------	----------------

NOME/ENDEREÇO VALTERCIO ANDERSON DE OLIVEIRA R CALI, 121 LAGOA AZUL 59.139-300 NATAL/RN	
---	--

CPF/CNPJ 069.096.034-90	PLACA QGH8198
----------------------------	------------------

NOME ANTERIOR RITA DE CASSIA DOS SANTOS
--

PLACA ANTEUF QGH8198/RN	CHASSI LXYXCBL04E0517112
----------------------------	-----------------------------

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/CICLOMOTOR/NAO APLICAVEL	COMBUSTIVEL GASOLINA
---	-------------------------

MARCA/MODELO I/EMINERAY XY500 PHOENIX	ANO FAB. 2013	ANO MOD. 2014
--	------------------	------------------

CAP/POT/CIL 0CV/49 CILINDRADAS	CATEGORIA PARTICULAR	COR PREDOMINANTE PRATA
-----------------------------------	-------------------------	---------------------------

OBSERVAÇÕES MOTOR/1P39FMAEA060011

NATAL/RN	DATA 02/06/2017
----------	--------------------

Sidney Bezerra da Silva
Coordenador de Registro de Veículos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - RN

N.º 012440550002

25015667/2017

74148751926

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTIC
1	01087575173	*****

NOME/ENDEREÇO

VALTERCIO ANDERSON DE OLIVEIRA
R CALI, 121
LAGOA AZUL
59.139-300 NATAL/RN

CPF/CNPJ	PLACA
069.095.034-90	QGH8198

NOME ANTERIOR

RITA DE CASSIA DOS SANTOS

PLACA ANT/UF	CHASSI
QGH8198/RN	LXYXCBL04E0517112

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PASSAGEIRO/CICLOMOTOR/NAO APLICAVEL	GASOLINA


MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
I/SHINERAY XY50Q PHOENIX	2013	2014

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
0CV/49 CILINDRADAS	PARTICULAR	PRATA

OBSERVAÇÕES

MOTOR: 1P39FMAEA060011

VALOR	DATA
NATAL/RN	02/06/2017


Sidney Bazzora da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

Francisco Abraão Barros de Oliveira

CARTÃO DE IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 002.355.728 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/08/2008

NOME FRANCISCO ABRAÃO BARROS DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO FRANCISCO ALAIDES DE OLIVEIRA
MARIA DAS DORES SANTOS OLIVEIRA

NATURALIDADE MOSSORÓ RN DATA DE NASCIMENTO 03/01/1990

COC ONDE CERT. DE NASCIMENTO L-4-55 F-51 RB-24932

ASSU RN-2 CARTÓRIO

CPF 083.740.214-03

38. VIA

Francisco

LEI Nº 7.116 DE 20.09.83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: 1996734 SSP RN

CPF: 061.069.354-80 DATA NASCIMENTO: 29/11/1982

PLACAÇÃO: PEDRO BERNARDINO DE SOUZA MARTA JOSE DE LIMA

PERMISSÃO: CAT. HABIL. 03

VALIDADE: 28/04/2024 HABILITAÇÃO: 06/08/2004



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1760741813

OBSERVAÇÕES

Marcondes Bernardino de Souza

ASSINATURA DO PORTADOR LOCAL: NATAL, RN DATA EMISSÃO: 29/04/2019

Antonio Bernardino Castro
 Assessor de Registro de Veículos - 1ª Circunscrição

17854910521
 RN705613984

ASSINATURA DO EMISSOR RIO GRANDE DO NORTE

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1760741813

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcandes Bernardino de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.089.354 / 80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Abramo Bares de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 083.740.214 / 03,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez/Trans. da Vítima Francisco Abramo Bares de Oliveira.

inscrito (a) no CPF sob o Nº 083.740.214 / 03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Brasilício Camilo</u>	Número:	<u>122</u>	Complemento:	<u>casa</u>
Bairro:	<u>Anequim</u>	Cidade:	<u>Baianinha</u>	Estado:	<u>AV</u>
E-mail:				CEP:	<u>59173-000</u>
				Tel.(DDD):	<u>841 99866-1091</u> <u>841 99134-3008</u>

Local e Data: Extremoz 22-02-2021

Marcandes Bernardino de Souza
Assinatura do Declarante

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

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



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

DADOS DO CLIENTE

SEVERINA JULIA DE LIMA
CPF: 289.018.604-06

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA BRASÍLIO CAMILO 122 -FT

ANEQUIM/ÁREA URBANA
59173-000 GOIANINHA RN

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

DATA DE VENCIMENTO

09/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

67,07

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

02/06/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

02/06/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

043058998

Série: U

CONTA CONTRATO

007001931380

Nº DO CLIENTE

3010187214

Nº DA INSTALAÇÃO

0002134177

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

6A49.8ED5.4EBD.1D19.0FA2.8930.8E49.8C78

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	88,00	0,33419947	29,40
Consumo Ativo(kWh)-TE	88,00	0,32922572	28,97
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,67
Multa por atraso-NF 039948186 - 02/04/20			1,13
Juros por atraso-NF 039948186 - 02/04/20			0,52
Atualização IGPM-NF 039948186 - 02/04/20			0,38
TOTAL DA FATURA			67,07

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
58,37	18,00	10,50	58,37	1,03	0,60	58,37	4,77	2,78

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Recev	Valor
11/05/20	02/06/20	69,85

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,25466500
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25087500

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo	Período	Valor (kWh)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	JUN 20	88
Consumo Ativo(kWh)-TE	MAI 20	92
	ABR 20	96
	MAR 20	84
	FEV 20	83
	JAN 20	92
	DEZ 19	82
	NOV 19	80
	OCT 19	65
	SET 19	71
	AGO 19	68
	JUL 19	57
	JUN 19	84

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	RS	%
Geração de Energia	26,65	35,27
Transmissão	2,28	3,91
Distribuição (Cosern)	14,37	24,42
Encargos Setoriais	3,34	5,72
Tributos	13,88	23,79
Perdas de Energia	3,85	6,60
TOTAL	38,37	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000902190527479	CAT	04/05/2020	802,00	02/06/2020	890,00	29	1,00000	0,00	88,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 02/07/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		abr/2020			
DIG-No.de horas sem Energia	GOIANINHA	0,00	5,67	11,34	22,69
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 22,41					
Tudo Consumidor pode solicitar a atualização dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios gongogi: rua professor tiburcio, centro / livraria e papeteria nossa sen: rua manoel claudio bezerra, 377, unaLista completa em www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MINIMO	MAXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007001931380	06/2020	67,07	09/06/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

838600000000 670700384072 001931380209 014128711132



Evite dobrar, furar ou rasgar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.



NOTA FISCAL FATURA DE UNIDADE DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 150, Galdo, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.924.196/0001-61 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

CPF: 063.740.214-03

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA OLHO D'ÁGUA 4 LT-04

CENTRO/ÁREA URBANA
EXTREMOZ RN
59575-000

Nº DA FATURA		DATA DE EMISSÃO	
053908700	ÚNICA	08/01/2021	
Nº DA INSTALAÇÃO		DATA DE INSTALAÇÃO	
3010872745		2498151	
DATA DE VENCIMENTO		DATA DE VENCIMENTO	
08/01/2021		15/01/2021	

CONSUMO CONSTANTES	PERÍODO
7008677322	01/2021
DATA DE VENCIMENTO	
15/01/2021	06/02/2021
TOTAL A PAGAR (R\$)	
18,43	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	30,0000000	0,30043332	9,01
Consumo Ativo(kWh)-TE	30,0000000	0,26128096	7,83
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,10
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,49
TOTAL DA FATURA			18,43

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2140178457	CAT	08/01/2020	4.521,00	08/01/2021	4.528,00	31	1,00000		7,00

MÊS/ANO	VALOR DO IMPÓSTO	%	VALOR DO IMPÓSTO
JAN 20 30			
FEV 20 30			
MAR 20 30			
ABR 20 30			
MAY 20 30			
JUN 20 30			
JUL 20 30			
AUG 20 30			
SET 20 30			
OCT 20 30			
NOV 20 30			
DEZ 20 30			
JAN 21 30			
FEB 21 30			
MAR 21 30			
ABR 21 30			
MAY 21 30			
JUN 21 30			
JUL 21 30			
AUG 21 30			
SET 21 30			
OCT 21 30			
NOV 21 30			
DEZ 21 30			
JAN 22 30			

TARGAS APLICADAS
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,24117000

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
8D1B 71C2 D02A BEAC C5E5 B34A CACB 86A0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para informações sobre os serviços prestados pela Companhia Energética de Rio Grande do Norte, consulte o site www.cosern.com.br. O consumidor deve ser informado em respeito ao direito de escolha e liberdade de acesso à informação, de acordo com a Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação) e a Resolução ANEEL nº 414/2010.

ATENÇÃO! O GOVERNO INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Atenção! Caso você tenha contas em aberto, você poderá sofrer a suspensão do fornecimento de energia elétrica em virtude da inadimplência. Para mais informações, consulte o site www.cosern.com.br ou ligue para o número 0800 000 0000.

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	207	231

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 083.740.214-03 4 - Nome completo da vítima: Francisco Abraão Barros de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
5 - Nome completo: Francisco Abraão Barros de Oliveira 6 - CPF: 083.740.214-03

7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Albo da GUA LT-04 9 - Número: 04 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Extremoz 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59575-000

15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (84) 99134-3008 (84) 99806-1091

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: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

18 - CPF 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\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO 260- NO PAGAMENTOS S.A.

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 158098259
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

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

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

40 - Local e Data: Extremoz 25.02.2021.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Francisco Abraão Barros de Oliveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver) Procurador Bernardino de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE EXTREMOZ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00018951/2021

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/02/2021 10:38:31 Data/Hora Fim: 08/02/2021 10:52:59
Delegado de Polícia: Marcio Delgado Varandas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Extremoz

Data/Hora do Fato: 20/12/2020 12:00

Local do Fato

Município: Extremoz (RN)

Bairro: CENTRO

Logradouro: AV. PEDRO VASCONCELOS

Tipo do Local: Via Pública

Nº: SN

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA (COMUNICANTE , VITIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 03/01/1990	Idade: 31
Profissão: Sem Informação			
Estado Civil: Sem Informação		Naturalidade: Mossoró - RN	
Nome da Mãe: Maria das Dores Santos Oliveira			

Documento(s)

CPF: 083.740.214-03

Endereço

Município: Extremoz - RN

Logradouro: RUA OLHO DAGUA

Nº: 4

Complemento: CASA

Bairro: MANAIM

Telefone: (84) 98190-8876 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTO	CPF/CNPJ do Proprietário 069.095.034-90
Placa OGH8198	Renavam 01087575173
Número do Motor 1P39FM/EA060011	Número do Chassi LXYXCBL04E0517112
Ano/Modelo Fabricação 2014/2013	Cor PRATA
UF Veículo RN	Município Veículo Natal
Marca/Modelo I/SHINERAY XY50Q PHOENIX	Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido, Melo Empregado	Última Atualização Denatran 14/09/2019
Situação do Veículo RENANF	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisco Abraao Barros de Oliveira	Possuidor



Impressão por: Francisco Miguel Batista de Farias Junior
Data de Impressão: 09/02/2021 10:53:40

Página 1 de 2

PF-e - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE EXTREMOZ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00018951/2021

RELATO/HISTÓRICO

QUE trafegava em sua motocicleta já descrita acima quando uma outra motocicleta tipo e placa não informado saiu de repente por trás de um caminhão vindo a colidir com a motocicleta da vítima , que o condutor da outra motocicleta se evadiu e que a vítima ficou ao solo , sendo conduzido por populares ao pronto socorro CLÓVIS SARINHO B, A Nº 58181/2020 , onde ficou internado e passou por cirurgia no terceiro dedo da mão esquerda e continua em acompanhamento médico , vindo registrar o fato para os devidos fins .

para fins de DPVAT .

ASSINATURAS

Francisco Miguel Batista de Farias Junior

Agente de Polícia
Matrícula 1926373

Responsável pelo Atendimento

Francisco Abraão Barros de Oliveira

Comunicação, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e cometo que podem responder civil e penalmente pela presente declaração que em origem, conforme previsto nos Artigos 329-Denúncia Caluniosa e 340-Constatação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Impresso por: Francisco Miguel Batista de Farias Junior

Data de Impressão: 08/02/2021 10:53:40

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Olá, Francisco



Agência 0001 Conta 15809825-9
Banco 260 - Nu Pagamentos S.A.



Me ajuda



Pedir função débito



Perfil



Configurar conta



Minhas chaves Pix



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E FARMACUTARIAS) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
083.740.214.03 Francisco Abraão Barros de Oliveira

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

5 - Nome completo: Francisco Abraão Barros de Oliveira 6 - CPF: 083.740.214.03
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Alho da Agua LT-04 9 - Número: 04 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Extremoz 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59574-000
15 - E-mail: (81) 9134-3000 (81) 99006-1091

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 16 A 18 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 - RENDIA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECEBENDO FORMAR R\$1.001,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 A R\$7.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Escolha uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (04)
 CC VTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO BDO-NU PAGAMENTOS S.A.

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0003 CONTA: 158098259
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO IML - PREENCHIMENTO SOB RUBRICA A COBRITURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia renúncia com a futura avaliação médica e renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO DE MODELO PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou CNV) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 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 pais/avós vivos? 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, com a vida, a indenização do Seguro DPVAT somente àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer contestação ou declaração não verdadeira por mim gerará obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ASSINAR

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a cargo)
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a cargo)
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo)

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data, Extremoz 29-02-2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante: Francisco Abraão Barros de Oliveira
43 - Assinatura do Procurador (se houver): Alexandre Bernardino de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210103981

Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =

R\$ 675,00

Recebedor: **FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000015809825-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210103981

Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210103981

Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Relatório da análise médica presencial Líder	Considerando que a vítima não compareceu à análise médica presencial agendada, não foi possível emitir o relatório. Solicitamos entrar em contato para reagendamento através dos telefones 4020-1596 (Regiões metropolitanas) ou 0800-022-1204 (demais regiões) de segunda a sexta-feira, das 8 h às 20 h e para pessoas com deficiência auditiva no 0800-022-1206. O comparecimento à análise médica presencial é imprescindível para a finalização do processo.
---	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210103981

Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Relatório da análise médica presencial Líder	Considerando que a vítima não compareceu à análise médica presencial agendada, não foi possível emitir o relatório. Solicitamos entrar em contato para reagendamento através dos telefones 4020-1596 (Regiões metropolitanas) ou 0800-022-1204 (demais regiões) de segunda a sexta-feira, das 8 h às 20 h e para pessoas com deficiência auditiva no 0800-022-1206. O comparecimento à análise médica presencial é imprescindível para a finalização do processo.
---	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210103981

Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210103981

Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





CLÍNICA

OITAVA ROSADO

Laudo Médico

Francisco Almoão Barros de Lima - 30a

Data do Acidente: 20/12/2020

Paciente sofreu acidente rodoviário que resultou em fratura de mão 1º ADB.

Dois ossos.

Atualmente após dor e perda de flexão 75% do 3º ADB e extensão 50%.

Atestado de Dr. Thiago Andrade Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
REMER 6274

ACID: T300
Dr(a):

Data: 19/03/21

MOSSORÓ:
Rua Juvenal Lamartine, 119
Centro
Fones: (84) 3315-6900 / 3315-6901
☎ 9.8866-6069

BARAÚNA:
Rua Expedito Alves, S/N
Centro

SERRA DO MEL:
R. Col. Severino Lázaro da Costa, 2214
Vila Brasília
Fone: (84) 9.8782-0474

ASSÚ:
Av. Senador João Câmara, 1304
Centro

PARNAMIRIM
Av. Bella Parnamirim, 880
Vila Nova

NATAL:
Av. Presidente Medice, 256
Igapó - Zona Norte



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 58181-2020
Admissão: 20/12/2020 16:29:27

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 198260 - FRANCISCO ABRAO BARROS DE OLIVEIRA (30 a 11 m 17 d)
Nascimento: 03/01/1990 Natural: MOSSORO.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: CPF: 08374021403 Prof:
Mãe: MARIA DAS DORES SANTOS OLIVEIRA Pai: FRANCISCO ALAIDE DE OLIVEIRA
Logradouro: OLHO DAGUA, 4
CEP: 59575000 Bairro: EXTREMOZ Cidade: EXTREMOZ
Telefone: 84 .981148462 Compl:

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO
Origem: FAMILIA

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:									
OBS: REGULADO DRA FRANCISCA									
Discriminador:									
Classificação: 20/12/2020 16:15:55									
HORA	P.A.	HGT	SatO2	SpO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: CLIENTE SEM USO DE CAPACETE, VITIMA COLISÃO MOTO X MOTO, SENDO CONDUTOR, APRESENTA FRATURA DE 3 QUIRODACTILO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES.

Hora: _____

Victima de colisão moto x moto, nega uso de capacete; nega náuseas, vômitos ou perda de consciência. Refere dor torácica. Nega dor abdominal. ABO = pleno, flácido, DBO - limitação da movimentação do 3º quirodactilo da mão (E). Nega alterações e complicações / Desmancha / AT -

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VD - *pequeno*
- B *supino em O2 ambiente*
- C *hemodinamicamente estável*
- D *Glasgow = 15*
- E *lesões difusas*

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Colisão moto x moto

RAIOS-X
20/12/2020

EHAT EOP

MACO

A
B
C
D
E

A(ALÉRGICAS) *Neg*

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)
- Rx do mão (E)
- Rx de tornozelo AP e P.
*Dr. Gabriela Santa Cruz
Oftalmologista
CRM 7081*

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS
- VAT *19/3/20*
- Dipirona 200 mg
*Dr. Gabriel Santa Cruz
Oftalmologista
CRM 7081*

*Recomenda-se fazer exames de
pré-matéria nos membros inferiores*

CV: Alto da UN fct

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
*Dr. Renato L. Costa
Urologista
CRM 5486*

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1 <i>ORTOP.</i>	HORA:	DATA: <i>20/12/2020</i>
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:

DESTINO DO PACIENTE:
DATA / HORA

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

FCA I. E+R. MAB

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

1. MONITORAR DOCP + PA + R

EXE. CARIMBO CLINICO

CONFERE COM ORIGINAL
NATA: 03/02/21
MAT. Nº. 132
S.A.M.E.
ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: OPD DE PA

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

Médico (Carimbo)

Marconi M. Brandão
Otopedia
CRM 3642

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA LUGAR 3 - QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITALIDADE 4 - PEÇA UM VEÍCULO DE EMERGÊNCIA 5 - PEÇA UM VEÍCULO DE EMERGÊNCIA 6 - PEÇA UM VEÍCULO DE EMERGÊNCIA 7 - SE PULSO 8 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 9 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 10 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), 7 - SE PULSO 11 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 12 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 13 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 14 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 15 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 16 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 17 - SE PULSO 18 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 19 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 20 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 21 - SE PULSO 22 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 23 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 24 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 25 - SE PULSO 26 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 27 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 28 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 29 - SE PULSO 30 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 31 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 32 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 33 - SE PULSO 34 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 35 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 36 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 37 - SE PULSO 38 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 39 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 40 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 41 - SE PULSO 42 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 43 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 44 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 45 - SE PULSO 46 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 47 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 48 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 49 - SE PULSO 50 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 51 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 52 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 53 - SE PULSO 54 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 55 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 56 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 57 - SE PULSO 58 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 59 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 60 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 61 - SE PULSO 62 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 63 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 64 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 65 - SE PULSO 66 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 67 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 68 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 69 - SE PULSO 70 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 71 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 72 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 73 - SE PULSO 74 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 75 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 76 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 77 - SE PULSO 78 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 79 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 80 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 81 - SE PULSO 82 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 83 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 84 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 85 - SE PULSO 86 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 87 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 88 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 89 - SE PULSO 90 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 91 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 92 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 93 - SE PULSO 94 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 95 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 96 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP. 97 - SE PULSO 98 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 99 - SE APNEIA, APLIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 100 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), E REINICIE RCP.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW	
Abertura ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Se também com o despertar de uma pessoa alarmada, se não for mais 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	5
Orientado (Responde corretamente e completamente às perguntas sobre seu nome, local onde está, mês, o período, a data e ano.)	5
Orientado (Responde às perguntas mencionadas, mas há alguma dificuldade e hesitação)	4
Orientado (Responde às perguntas mencionadas, mas com erros ocasionais)	3
Palavras inapropriadas (Não abertas, mas com frases curtas e isoladas)	2
Sons ininteligíveis. (Gargalhadas ou rugidos guturais)	1
Apneia	0
Melhor resposta motora (MRM)	6
Obedece a ordens verbais. (Por ordem sempre quando há a ordenação)	6
Localiza o estímulo doloroso.	5
Movida intencional o dor.	4
Flexão flexão à dor (Desorientação).	3
Flexão extensor à dor (Desorientação).	2
Reflexo extensor à dor (Desorientação).	1
Reflexo extensor à dor (Desorientação).	0

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	1-30 = 1
	31-39 = 2
	40 = 3
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90 = 1
	91-99 = 2
	100 = 3

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

83 - Grave (incapacidade de intubação imediata)

85 - Moderada, 14-15 leve

* Referência: TRANDALE G., CORREIA B. Assessment of coma and long-term consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-94

** A escala proposta aplica-se a pacientes conscientes e que subentrem em nível superior a 15 anos, do Exame Clínico de Neurologia em casos que apresentem a incapacidade de ser de de acordo com as seguintes definições:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Interna	Pior Possível
0	1	2	3	4

**Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion DL, Sacco WJ, Copes, et al. A review of the Trauma score. J Trauma 1991;32:4, 1995.



PREFEITURA DE EXTREMOZ - RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE PRESIDENTE CAFÉ FILHO
Extremoz / RN - CEP: 59575 - 000
Telefone/Fax: (84) 3279-2918 / 2025

RECEITUÁRIO MÉDICO

AO HUG - Politurante
(regulado com Dra. Francisca)

Encaminho urgente
Francisco Antônio B.
de Oliveira, por
quedo de moto
nova, apresentando
turtura em
3º quindactilo €.

Jta. Mayara Rodrigues
Médica
CRM 122.124/RS

D/11/ww

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 03/02/21
MAT. Nº. 15
SOME
CA
ASSINATURAS

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **198260 FRANCISCO ABRÃO BARROS DE OLIVEIRA**

Prontuário: _____

CNS: _____ Nascimento: 03/01/1990

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA DAS DORES SANTOS OLIVEIRA

Pai: FRANCISCO ALAIDE DE OLIVEIRA

Endereço: RUA OLHO DAGUA, 4 - EXTREMOZ - EXTREMOZ

Fone: 981148462 /

Município: EXTREMOZ

Código Municipal IBGE: _____

240360 UF: RN

CEP: 59575-000

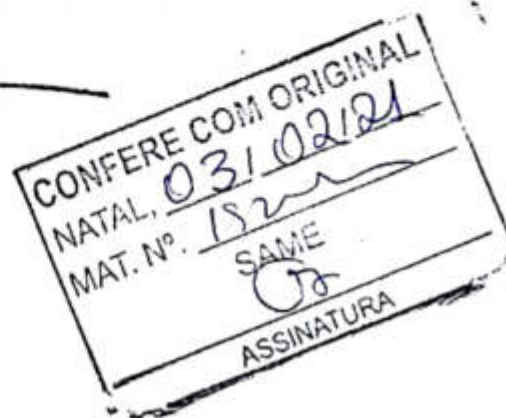
Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 48635 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

do e sangramento na mão esquerda após queda de moto

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

o quadro clínico

**RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:**

raio x da mão

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S62.6 FRATURA DE OUTROS DEDOS*408020342. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGE

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

MÃO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

 Diabetes Hipertensão Obesidade Faz Antibioticoterapia Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

MARCONI MEDEIROS BRANDÃO

Marconi M. Brandão
Ortopedia
CRM 3642 / RN

3642 / RN

Data da Solicitação 20/12/2020

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: _____

Número da Autorização:

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



FICHA SOCIAL

Nome: **198260** - FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA Idade: 30 ano(s) 11 mes(es)
 Nascimento: 03/01/1990 Naturalidade: RN MOSSORO Sexo: Masculino Cor: PARDA
 RG: 2.355.728 CPF: 08374021403 CNS:
 Profissão: SOLDADOR Estado Civil: SOLTEIRO Grau de instrução: ENSINO MÉDIO OU 2º
 Mãe: MARIA DAS DORES SANTOS OLIVEIRA Pai: FRANCISCO ALAIDE DE OLIVEIRA
 Endereço: RUA OLHO DAGUA, 4 - EXTREMOZ - EXTREMOZ
 CEP: 59575-000 Bairro: EXTREMOZ Cidade: EXTREMOZ
 Telefone: (84) 981148462

Unidade: PS - ORTOPEDIA Leito: 1007
 Admissão: 20/12/2020 17:23 Alta:

Informações sócio - econômicas e familiares

Atividade desenvolvida: SOLDADOR

- Trabalho c/ vínculo empregatício Aposentado Autônomo BPC Auxílio doença
 Desempregado Pensionista

Renda familiar: Formal Informal Sem renda fixa Ajuda de terceiros
 Programas sociais Até 1 sm 1 a 2 sm 2 a 3 sm Acima de 4 sm

Posição na família: Responsável financeiro **Grupo familiar:** RESIDE SOZINHO

Número de filhos com maior idade: **Habitação:** Própria

Informações do responsável

Crêterios de acompanhante: Sim Não Qual o motivo?

Pessoa com deficiência Auditiva Física Mental

Responsável pelo paciente: MARIA DAS DORES SANTOS OLIVEIRA

Parentesco/afinidade: Mãe **Telefone:** 98114-8462/98123-4508

Endereço do Responsável:

CONFERE COM ORIGINAL
 Visual. 03/02/21
 MAT. Nº. 182
 ASSINATURA

Dados complementares

Paciente alega acidente de Trabalho Sim Não **Empresa:**

Adicção: Álcool Fumo Drogas Psicotrôpicos

Feito cadastro de acompanhante: Sim Não

Observações gerais

Trata-se o Sr. Francisco Abraão, 30a., solteiro, soldador, reside sozinho, sofreu acidente com moto, sendo admitido pela ortopedia

Em anexo, cópia do RG com CPF, cartão do SUS e comprovante de endereço

Profissional LENILZE CRISTINA DA SILVA DIAS *Lenilze Cristina da Silva Dias*
 CRESS: RN 3198

Data: 20/12/2020 17:55

Sole = 03

Extremoz/RS



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado de Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO A. J. CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Francoise Abraão Barros de Oliveira

DATA DE NASCIMENTO: 12/01/1990 IDADE: _____

REGISTRO: 12760/20

DATA DE ADMISSÃO: 21/12/20 HORA: 8h

ADMISSÃO DO PACIENTE: _____

CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: ortopedie

HIDRATAÇÃO: SIM (X) NÃO () VIA: PERIFÉRICO: () ACESSO CENTRAL: ()

NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (X) ORIENTADO (X) VIGIL () AGITADO ()

INCONSCIENTE: ()

ESTADO GERAL: BOM (X) REGULAR () GRAVE ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE (X) M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()

ALÉRGICO: SIM () NÃO (X) HIPERTENSO: SIM () NÃO (X)

DIABÉTICO: SIM () NÃO (X) ASMÁTICO: SIM () NÃO (X)

DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (X) OUTRAS PATOLOGIAS: _____

MEDICAÇÕES EM USO: Nega

CIRURGIAS ANTERIORES: _____

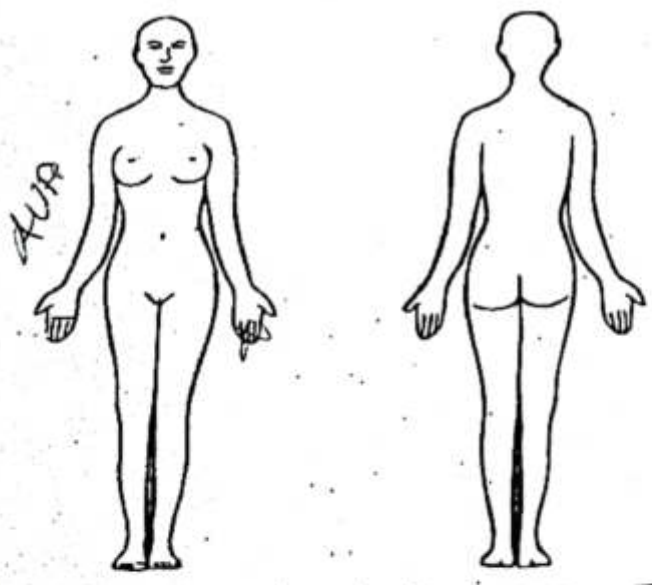
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM (X) NÃO ()

OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



PA = 163x - 4 mmHg
SpO2 = 98%
FC = 51 bpm.
CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 03/02/21
MAT: Nº. 1
SANE
ASSINATURA

INSTRUMENTADO: Danielle Filgueira JALECO Nº: _____ ACESSO CENTRAL: _____

CIRCULANTE: Isacma Ferreira

TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()

OBS.: Sedação + local

ANESTESISTA: Dr. Maurício

INÍCIO DE ANESTESIA: 8:15

TÉRMINO DE ANESTESIA: 9:15

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: 100mg de cefazolin + 100mg de Dipirona

HORA: 9h Dr. Maurício

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

TIPO DE CIRURGIA: 08:20H
 CIRURGIÃO: Mário Amarel
 AUXILIAR: _____
 AUXILIAR: _____
 AUXILIAR: _____
 TIPO DE CIRURGIA: # Emprego de Fratura Exposta do 3º Ombal (E)

TERMINO DE CIRURGIA: 08:30H
 Nº DA SONDA: _____
 Nº DA SONDA: _____
 INVESTIGACAO VESICAL: SIM () NÃO (X)
 INVESTIGACAO NASOGASTRICA: SIM () NÃO (X)
 EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (X)
 RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (X) RX: SIM (X) NÃO () Intubado
 TIPO: _____
 TIPO: _____

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (X)
 ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (X) FEITO FICHA: SIM () NÃO (X)
 MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (X) ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO: SIM () NÃO (X)
 TESTE ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (X)
 DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (X) QUANTIDADE: 05
 COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO (X) QUANTIDADE: 20
 GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO (X) Materiais de limpeza

CAIXA CIRÚRGICA: _____
 COMPLETA: SIM (X) NÃO () OBS.: _____
 ÓBITO: SIM () NÃO (X) HORA: _____ REALIZADO RCP: SIM () NÃO (X)
 RESPONSÁVEL PELA RCP: _____
 PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (X) UTI () ALTA ()
 EM AR AMBIENTE: SIM (X) NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO (X)
 ENTUBADO: SIM () NÃO (X)

PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ()
 FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (X) NÃO ()
 FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (X) NÃO ()
 OBSERVAÇÕES: not colocado em sala, acordado, com ar e oxigenado, 19 minutos monitorizado, anulado e dado inicio ao procedimento. PA = 163 x 74 mmHg, SpO2 = 93%, FC = 51 bpm, paciente sob constantes sinais de hipoxia, paciente intubado # emprego de fratura Exposta do 3º Ombal (E) terminada paciente bem encaminhado p/a SRPA, acordado.
PA = 196 x 86 mmHg, SpO2 = 100%, FC = 53
obs: ↑ temperatura na perna, paciente encaminhado p/a SRPA.

09:15 Hs → 154 x 86 mmHg, FC = 84 bpm

Taise R. Padilla
 Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Francine Ferreira
 Assinatura do Circulante

Danielle Pereira
 Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO. 170843

FIA / BAA: 12760 / 2020

Paciente: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

Convênio: SUS

Categoria: GRATUITO

Unidade: RPA

Quarto / Leito: 1 / 723

Tipo de Cirurgia: 4

Prontuário: 1204220

Data Agendamento: 21/12/2020 09:00

Cirurgia: TTO CIR FRAT/LESAO FISARIA DAS FALANGES DA MAO (COM FIXACAO)

Data Realização: 21/12/2020 08:15

Potencial de Contaminação:

Cirurgião: MARIO ARNAUD MELO DE ABREU

Anestesista: MOISES SANTOS DE ARAUJO

Tipo Anestesia: SEDAÇÃO

Instrumentador:

Equipe:

Data do Relatório: 21/12/2020 09:03

Profissional:

Relato da Cirurgia: 1- PACIENTE EM DDH, SOB SEDAÇÃO.

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3- CAMPEAMENTO ESTERIL

4- BLOQUEIO TRONCULAR

5- REALIZADA IRRIGAÇÃO COPIOSA DE FERIMENTO COM +- 7 LITROS DE SF 0,9%

6- REALIZADO DESBRIDAMENTO MECANICO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

7- SUTURA POR PLANOS

8- CURATIVO ESTERIL

9- TALA LUVA

10- AO CRO

11-FIM

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL, 03/02/21
 MAT. Nº.
 SAME

 ASSINATURA



BOLETIM ANESTÉSICO

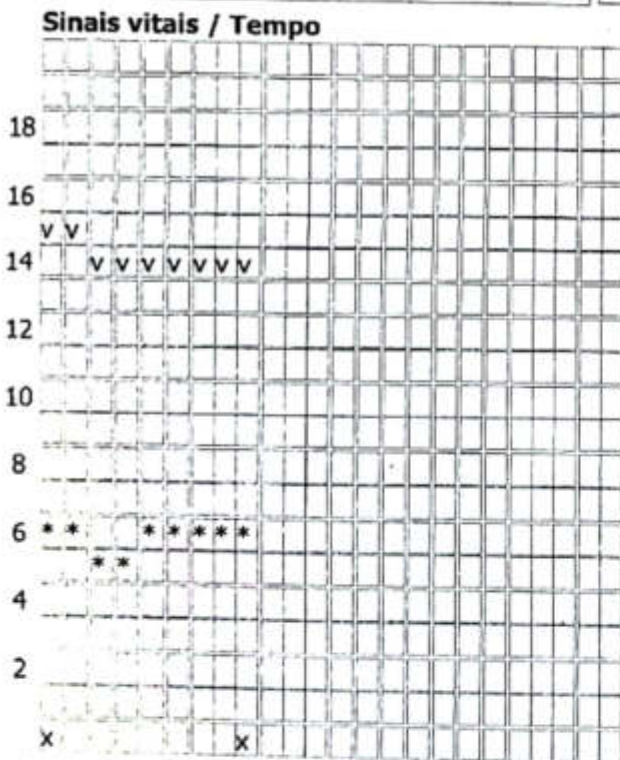
Nome: **198260** - FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA Idade: 30 ano(s) 11 mes(es)
 Nascimento: 03/01/1990 Naturalidade: RN MOSSORO Sexo: Masculino Cor: PARDA
 RG: 2.355.728 CPF: 08374021403 CNS: Prof: SOLDADOR
 Mãe: MARIA DAS DORES SANTOS OLIVEIRA Pai: FRANCISCO ALAIDE DE OLIVEIRA
 Endereço: RUA OLHO DAGUA, 4 - EXTREMOZ - EXTREMOZ
 Cidade: EXTREMOZ CEP:59575-000 Telefone: (84) 981148462

Internação: Atendimento: **12760/2020** Unid Hosp: **PS - ORTOPEDI** Leito: **1007**
 Enfermeiro(a): Sala Cirúrgica **SALA 3**
 Data boletim: **21/12/2020 09:06** Horário da Anestesia: Início: 08:30 Término: 09:00
 Alergia: nega Estado físico: **P1** Jejum: 18h

Procedimento 1	Procedimento 2	Procedimento 3
Código: 408020342		
Descrição: TTO CIR FRAT/LESAO FISARJA DAS FALANGES		
Anestesia: SEDAÇÃO		
Cirurgião: MARIO ARNAUD MELO DE ABREU		
Anestesista: MOISES SANTOS DE ARAUJO		
Circulante:		
Instrument.:		
Início: 21/12/2020 08:15		
Término: 21/12/2020 08:55		
Auxiliar 1:		

CONFERE COM O
 NATAL 03/02/21
 MAT. Nº. 15
 SANE
 OF

Drogas usadas: ASSINATURA
 dipiroha 2g
 cefazolinã 2g
 SF 0,9% 1500ml
 Fentanila 0,05mg 1ml
 Propofol 300mg



0408020342(2) S62.6
 R\$ 192,60
 0702031348
 Obi: Nas encontrou Bobética

Informações adicionais

anestesia - bloqueio troncular em dedo da mao + sedacao
 Doenças prévias: nao
 Drogas em uso: nao
 Saturação: 98 - 98 - 98 - 98 - 98
 Intercorrências (droga vasoativa, PCR, broncoespasmo): ndn

Destino do Paciente: SRPA UTI Enfermari

Permanência extra em sala Tempo:

Motivo:

Profissional: MOISES SANTOS DE ARAUJO

Moises S. Araujo
 370

CRM: RN /3752

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 12760 /2020

Prontuário: 1204220

Paciente: 198260 - FRANCISCO ABRAO BARROS DE OLIVEIRA

Cartão SUS: CPF: 08374021403

Dt Nasc: 03/01/1990

Idade: 30 anos 11 meses 17 dias Sexo: M Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA DAS DORES SANTOS OLIVEIRA

Nome do pai: FRANCISCO ALAIDE DE OLIVEIRA

Rua/Av: OLHO DAGUA

Nº:4

Complemento:

Bairro: EXTREMOZ

CEP: 59575000

Cidade: EXTREMOZ

Telefone: 84 981148462 84 981148462

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1007

Responsável: FRANCISCO ABRAO BARROS DE OLIVEIRA -

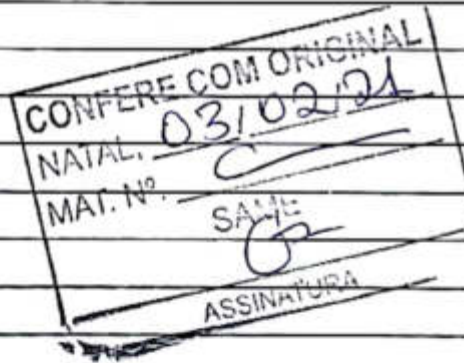
Usuário: HEBERT GONCALVES DE OLIVEIRA

Admissão: 20/12/2020 17:23:49 Alta: 21/12/2020 Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S62.6 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
408020342 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA



NATAL, 20 de Dezembro de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087497/21

Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEI

CPF: 083.740.214-03

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO ABRAAO
BARROS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA : 061.089.354-80

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

FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA : 083.740.214-03

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: 25/03/2021
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
CPF: 061.089.354-80

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2021
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA
CPF: 026.685.584-92

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087497/21

Número do Sinistro: 3210103981

Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

CPF: 083.740.214-03

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO ABRAAO
BARROS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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: 09/06/2021
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
CPF: 061.089.354-80

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/06/2021
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA
CPF: 026.685.584-92

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087497/21

Número do Sinistro: 3210103981

Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEI

CPF: 083.740.214-03

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO ABRAAO
BARROS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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: 14/05/2021
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
CPF: 061.089.354-80

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2021
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA
CPF: 026.685.584-92

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087497/21

Número do Sinistro: 3210103981

Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

CPF: 083.740.214-03

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO ABRAAO
BARROS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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: 14/05/2021
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
CPF: 061.089.354-80

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2021
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA
CPF: 026.685.584-92

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Francisco Abraão Barros de Oliveira	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO:	Soldador	
IDENTIDADE:	002.355.728	CPF: 083.740.214-03
ENDEREÇO:	Rua Alho d'água nº 4 ZT:04, Centro Extremoz	

OUTORGADO

NOME:	Marcelo Bernardino de Souza	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO:	Moto Boy	
IDENTIDADE:	1896734	CPF: 061.089.354-80
ENDEREÇO:	Rua Brasilício Camilo nº 122 Garanhuns	

DATA DO ACIDENTE: 20-12-2020. COBERTURA: Invalidez/Daños.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

Extremoz 22-02-2021.
LOCAL E DATA

Francisco Abraão Barros de Oliveira
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)