



Número: **0814326-39.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RENNIER HORRAS LIMA DA SILVA (AUTOR)		FABIO MACHADO DA SILVA (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10021750	08/04/2017 22:00	PROCURAÇÃO + DOC PESSOAL	Procuração
10021751	08/04/2017 22:00	PRONTUARIO MEDICO	Documento de Comprovação
10021752	08/04/2017 22:00	BO	Documento de Comprovação
10021753	08/04/2017 22:00	DOC VEICULO + PEDIDO ADM	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Raimundo Horas Lima da Silva, brasileiro (a),
solteiro, portador do RG nº 3044357 e CPF nº
098.825.164-75, residente e domiciliado
Rua: Açu, Nº 678, Pântano, Ceará-Mirim - RN.

OUTORGADOS:

FÁBIO MACHADO DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 7594, **RANIERE MACIEL QUEIROZ EMIDIO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-RN 9.089 e **ADRIANA MARIA FERREIRA DE SOUZA**, solteira, bacharel em direito, inscrita no RG Nº 001.487.572 SSP/RN, ambos com endereço profissional à Av. Raimundo Chaves, 1436, B. Candelária, Natal/RN.

PODERES:

Para o foro em geral, com as cláusulas **AD JUDICIA ET EXTRA**, para praticar todos os atos judiciais e administrativos, **IN SOLIDUM** ou cada um de **PER SI**, e independente de ordem de nomeação, agir em defesa dos interesses do Outorgante, podendo propor as ações judiciais competentes como Autor ou Réu, Assistente ou Oponente, Embargante ou Embargado, e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até o final da decisão, usando os recursos legais que se fizerem necessários e o acompanhado até o final do julgamento, que confere ainda os poderes amplos e gerais, irrevogáveis, bem como poderes expressos para acordar e assinar termos, conferindo-lhe ainda, para receber citação inicial, firmar compromissos e/ou acordos, discordar, concordar, confessar, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo e/ou fora dele, representando-os junto a qualquer Tribunal Judicial de primeira a última instância, como também, nos órgãos da Administração Direta, Indireta, Autárquica dos Governos Federal, Estadual e/ou Municipal, sendo o presente instrumento de mandato, oneroso e contratual, podendo ainda renunciar ou substabelecer esta, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Ceará - Mirim/RN, 31 Agosto de 2015.

Raimundo Horas Lima da Silva
OUTORGANTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
RENNIER HORRAS LIMA DA SILVA

SOCIEDADE / ORG EMISSOR UF
3014757 SSP RN

CPF
098.825.164-75

DATA NASCIMENTO
01/05/1993

FORMACAO
RICARDO LUIZ DE CASTRO
DA SILVA
EDILMA LIMA SARMENTO

PERMISSAO
ACC
CATEGORIA
AB

1º REGISTRO
06107891525

VALIDADE
26/11/2018

1ª HABILITACAO
01/07/2014

OMISSOES
EXERCE ATIV REMUNERADA;

Assinatura do Portador

LOCAL
NATAL, RN

DATA EMISSAO
10/07/2015

Assinatura do Emissor

64546185648
RN702230384

DETRAN - RIO GRANDE DO NORTE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1097335562

PROIBIDO PLASTIFICAR
1097335562

Scanned by CamScanner





Companhia Energética de Pernambuco S/A
Rua Manoel de Aguiar, 152 - 6º andar - Jd. Santa Helena - CEP 51020-000
Recife - PE
CNPJ 08.334.156/0001-11 - Tel: 2005.1890 | www.cosern.com.br

EDICIA LIMA SARMENTO

FAZENDA DE UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ACOLITE

CPF: 004.541.544-53 INSC: 1603053344

CENTRO-ÁREA URBANA
CEARA MIRIM RN
59570-000

BT RESIDENCIAL
BARRA RENDA - COMING
MIRIMÁRICA

CONTA DE ENERGIA Nº 0342500013
PERÍODO 06/2015
DATA DE VENCIMENTO 03/07/2015
DATA DE CANCELAMENTO 27/07/2015
VALOR A PAGAR 124,47

DESCRIÇÃO DA CONTA
001311897 UNICA 26/06/2015
Nº DE CANCELAMENTO 0000729324
Nº DE REINSCRIÇÃO 176492

DESCRIÇÃO DA CONTA	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,1000000	5,00
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,28122902	28,39
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,43699454	52,43
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,48653898	10,19
Acrescimo Bandeira VERMELHA		13,05
Contribuição Iluminação Pública		11,50
CMSP - Parcela Subvencionada		5,84
Multa por atraso NF 001340907 - 27/04/15		3,74
Juros por atraso NF 001340907 - 27/04/15		2,24

TOTAL DA FATURA

124,47

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO E PREÇO DA CONTA DE ENERGIA									
Nº DE CONTADOR	Tipo de Funcionamento	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE CONTADOR	CONSUMO (kWh)
001311897	UNICA	27/06/2015	26/06/2015	17,00	27/06/2015	17,00	17,00	001311897	241,00
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO									
Mês/Ano	Consumo (kWh)	Preço (R\$)	Valor (R\$)	Preço (R\$)	Valor (R\$)	Preço (R\$)	Valor (R\$)	Preço (R\$)	Valor (R\$)
JUN 15	241	0,1000000	5,00	0,28122902	28,39	0,43699454	52,43	0,48653898	10,19
JUL 15	265	0,1000000	5,00	0,28122902	28,39	0,43699454	52,43	0,48653898	10,19
AGO 15	257	0,1000000	5,00	0,28122902	28,39	0,43699454	52,43	0,48653898	10,19
SET 15	269	0,1000000	5,00	0,28122902	28,39	0,43699454	52,43	0,48653898	10,19
OCT 15	315	0,1000000	5,00	0,28122902	28,39	0,43699454	52,43	0,48653898	10,19
NOV 15	254	0,1000000	5,00	0,28122902	28,39	0,43699454	52,43	0,48653898	10,19
DEZ 15	335	0,1000000	5,00	0,28122902	28,39	0,43699454	52,43	0,48653898	10,19
JAN 16	380	0,1000000	5,00	0,28122902	28,39	0,43699454	52,43	0,48653898	10,19
FEB 16	287	0,1000000	5,00	0,28122902	28,39	0,43699454	52,43	0,48653898	10,19
MAR 16	264	0,1000000	5,00	0,28122902	28,39	0,43699454	52,43	0,48653898	10,19
ABR 16	262	0,1000000	5,00	0,28122902	28,39	0,43699454	52,43	0,48653898	10,19
MAY 16	322	0,1000000	5,00	0,28122902	28,39	0,43699454	52,43	0,48653898	10,19
JUN 16	297	0,1000000	5,00	0,28122902	28,39	0,43699454	52,43	0,48653898	10,19

O pagamento desta fatura deve ser feito até o dia 03 de julho de 2015, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente é responsável por manter a fatura em dia, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente é responsável por manter a fatura em dia, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente é responsável por manter a fatura em dia, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica.

ATENÇÃO! A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Conta em Aberto	Valor	Conta em Aberto	Valor
Conta em Aberto	134,80	Conta em Aberto	134,80

Se você não pagar a fatura em dia, a Cosern pode suspender o fornecimento de energia elétrica. O cliente é responsável por manter a fatura em dia, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente é responsável por manter a fatura em dia, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Conta em Aberto	Valor	Conta em Aberto	Valor
Conta em Aberto	134,80	Conta em Aberto	134,80

Conta em Aberto	Valor	Conta em Aberto	Valor
Conta em Aberto	134,80	Conta em Aberto	134,80





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RECEITUÁRIO

NOME RENANIR BORGES LIMA DA SILVA MATRÍCULA 29.51104

RESUMO DO ALTA:

Paciente deu entrada no BCS em
23/07/2015 referido de colúmbio morto
como, apresentando lacunas em furo
distal inferior de furo direito e
furo de colúmbio (D), submetido
procedimento de furo morto. Evolu
sem complicações nem fevers.

Após 5 dias

melhorou

fendo em bom estado, sem mais
problemas.

Pode alta hospitalar hoje com curativo.

DATA

07/08/2015

Dr. Getúlio Marinho
MR Cirurgia Geral
CRM 7331

MÉDICO - CRM

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR
ESTÉ HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DIVISÃO DE ENFERMAGEM

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome:

Renner Gomes Lima da Silva

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório:

Lesão de partes moles do Coxal D +

Indicação terapêutica:

Lesão D + Contusão D
Reconstrução de partes moles

INTERVENÇÃO

INÍCIO:

Fim:

Duração:

Operador:

Dr. Eder Bezerra

1º Auxiliar:

Dr. Cláudio

2º Auxiliar:

0413040178 (3)

3º Auxiliar:

1989

Instrumentador:

Anestesista:

Dr. Thiago

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 18/08/15

SESAP. MAT. Nº 152082

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas

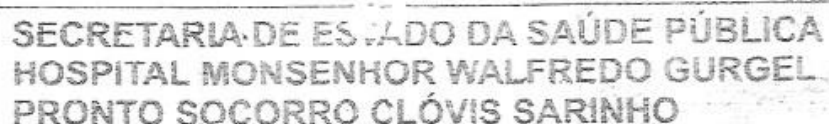
e descrição dos processos - Ligaduras e suturas empregadas - Drenagem - Curativos

Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Obs.:

- 01- Curativos gerais do membro inferior
- 02- Aproximação do osso da coxa D e do osso da coxa D e do osso da coxa D
- 03- Sutura de retalho de pele da coxa D e do osso da coxa D
- 04- Sutura de retalho de pele da coxa D e do osso da coxa D
- 05- Sutura de retalho de pele da coxa D e do osso da coxa D
- 06- Aproximação do osso da coxa D e do osso da coxa D
- 07- Sutura de retalho de pele da coxa D e do osso da coxa D
- 08- Curativo e sutura de retalho de pele da coxa D

ESTE HOSPITAL É MEU, É SEU, É NOSSO.

Dr. Eder Bezerra P. de Aguiar
Médico CRM-RN 3730
Cirurgia Plástica



NOME: Pereira B. Lima de Silva ENF: 4. LEITO: 430
IDADE: 22a PESO: ALTURA: Nº REG: 105.6329
DIAGNÓSTICO:
TMB. NC:
DIETA: líquida

340

DATA	TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO NUTRICIONISTA QUE FEZ
23-07-2015	Paciente vítima de acidente moto-carro. Nega perda de consciência e convulsões, bem como náuseas e alterações intestinais. Queixando-se de dor em abdô. Segue amido por dieta v.o. leve por queimaduras. Apetite preservado. DG-1 Foto.
	Conduta mantida
	Observar
	Martila Cristiane da Silva Nutricionista CRN6-8774
24/08/2015	Paciente evolui bastante, apresentando S.B. do ambiente. Representando S.B. Aclamando a Maria D. C. Mariana. <i>(Assinatura)</i> <i>Nutricionista CRN6-8774</i>
	CONFERE COM ORIGINAL NATAL/RN, 18/08/15 CF SESAP. MAT. Nº 1920827

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE ACOMPANHAMENTO SOCIAL

Enfermaria: _____ Leito: _____
UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 23 / 07 / 15
Alto: _____

1. Identificação

Nome: Kennier Horras Lima de Silva Naturalidade: Ceará Mirim - RN.
Idade: 22 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 05/05/1993
RG: 3.014.757- RN Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Bac. Médio
FILIAÇÃO: PAI: Quando Luiz de Castro de Silva
MÃE: Edilma Lima Sarmiento
Endereço: Rua 678 - Conj. novos tempos Cidade: Ceará Mirim - RN.
Telefone: () 99135.5421 ☐ Residencial ☐ Trabalho ☐ Recado
Contato: o pai Outros telefones: 99104-5644 - Kelly (irmã)
Responsável pelo paciente: o pai Parentesco: _____
Endereço do Responsável: _____

2. Situação Ocupacional do Paciente e Vinculação Previdenciária

Atividade que desenvolve: aux. Administrativo

Trabalha com vínculo empregatício ☒ Sim ☐ Não

Aposentado ☐ Sim ☐ Não Benefício da LOAS ☐ Sim ☐ Não Renda: _____

Composição familiar: tem 2 irmãos. Desde o

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL RN, 18/08/15
CA
SESAP, MAT. Nº 112087

3. Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares (X) Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública
() ENCAMINHADO: Hospital de origem: _____
Médico: _____


4. Paciente encontra-se nos requisitos para ter acompanhamento? ☐ Sim ☐ Não
Em caso positivo, qual o motivo? _____

5. Evolução (Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente internado neste hospital vítima de acidente de trânsito - trauma no braço (rta).
Quem está no hospital + documentos
27/07/15 - anexados: Comprovante Residência e Cert. Nascimento

Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

ESTE HOSPITAL É MEU, É SEU, É NOSSO.

 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RECEITUÁRIO

NOME Renato Borges MATRÍCULA 21.514A

EXAMO DE ALTA:

Paciente em estado de BCS em
23/07/2015 referido de edema inste-
culo, apresentando vômitos em rep-
distol inferior de fuma direta e
fuma de edema de submucosa
apresentando de forte modo. Evolu-
ção satisfatória em 7 dias.

Após exames
medicamentos

feitos em seu estado, em 7 dias
seguintes.

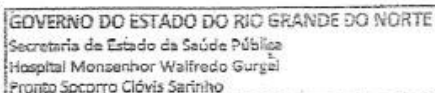
Receita alta hospitalar hoje com curativo
em

DATA
Dr. Getúlio Marinho
Méd. Cirurgião Geral
CRM 7331
MÉDICO - CRM

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 18/08/15

SESAP, MAT. Nº 180827



Nome: Kenner James Kim Shro. NS Registro: _____
 Servico: _____ Idade: _____ Letor: _____

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
25/02 2015	<p>* En. Genl</p> <p>Reunite todos os membros da Junta para o ato. Para o momento Presença</p> <p>Rep. 5 - oficiais Rep. 5 - oficiais foi assinado por todos os membros do Conselho</p>
26/02 2015	<p>* En. Genl</p> <p>Reunite todos os membros da Junta para o ato. Para o momento Presença</p> <p>Rep. 5 - oficiais Rep. 5 - oficiais foi assinado por todos os membros do Conselho</p> <p>CONFERE COM ORIGINAL NATAL RN. 18/08/15 SESAP. MAT. N. 15/15/15 foi encaminhado.</p>
27/02 2015	<p>* En. Genl</p> <p>Reunite todos os membros da Junta para o ato. Para o momento Presença</p> <p>Rep. 5 - oficiais Rep. 5 - oficiais foi assinado por todos os membros do Conselho</p>

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Nome: _____ Nº Registro: _____
Serviço: _____ Idade: _____ Leito: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente em do desconhecido
no Variz etc. manifestada
anteriormente e Variz.

Abdomen plano, flácido, doloroso
menor (+).

Ust \Rightarrow Causa de lesões.

Dr. Fábio Machado da Silva
Médico

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 18/08/15
Ca
SESAP. MAT. Nº 132087

ESTE DOCUMENTO É COPIA E NÃO É ORIGINAL



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO - 1053384



PACIENTE	RENNIER BORRAS LIMA DA SILVA			Nº	1053384
CARTÃO SUS	165676988890004			ESTADO/CIVIL	Solteiro(a)
IDADE	22	SEXO	M	ETNIA	Pardo
NOME DA MÃE	EDILMA LIMA SARMENTO				
NOME DO PAI					
RUA/AV.	AÇU	Nº	678	BAIRRO	Centro
COMPLEMENTO	CONJ. NOVOS TEMPOS			CIDADE	Ceará-Mirim-RN
CEP	59570-000			LEITO	069
ESPECIALIDADE	Cirurgia Geral			UNIDADE	Politrauma
USUÁRIO	Zilvan				

ADMISSÃO 23/07/2015 22:05 ALTA / / ÓBITO / / DIAS DE PERMANÊNCIA /

DIAGNÓSTICO INICIAL

lesão contusa em fêmur D

DIAGNÓSTICO FINAL

Acidente de trânsito no asfalto em 23/07/2015, vítima de lesão contusa em fêmur direito, com fratura completa, deslocada e com fragmentos deslocados. Tratado com fixação cirúrgica com placa e parafusos. Evolução satisfatória. Alta em 08/08/2015.

Natal, *08/08/15*

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 18/08/15
SUSAP. MAT. Nº 182083

Assinatura do médico responsável - CRM



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	2653923
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	CPF 098 825 164-75

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE	Nº DO PRONTUÁRIO			
RENNIER BORRAS LIMA DA SILVA	1053384			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	RACIA/COR	ETNIA
165676988890004	01/05/1993	MASCULINO	PARDO	
NOME DA MÃE	DDD	TELEFONE DE CONTATO		
EDILMA LIMA SARMENTO		(84) 9104-5644		
RESPONSÁVEL	DDD	TELEFONE DE CONTATO		
ENDEREÇO (LOGRADOURO, Nº, COMPLEMENTO)				
ACU, 678, CONJ. NOVOS TEMPOS.				
BAIRRO	MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA	UF	CEP	
CENTRO	CEARÁ-MIRIM	RN	59570-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Paciente vítima de acidente moto x carro, condutor de moto. Queixa-se de dor em MID			
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO			
Para tratamento especializado			
PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVA DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
Exame clínico + Rx de Joelho D + Rx de perna e tornozelo D			
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOC.
Trauma em MID.			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
Tratamento clínico e cirúrgico			
CLÍNICA	CARÁTER DA INTERNAÇÃO	DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
POLITRAUMA		() CNS () CPF	
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
PLANTONISTA	23/07/2015 22:05	Sandra Lygia Sousa Pereira MÉDICA	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

ACIDENTE	CNPJ DA SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE
() TRÂNSITO			2553
() TRABALHO TÍPICO			
() TRABALHO TRAJETO		CNAE DA EMPRESA	CBOR
VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	AUTORIZAÇÃO	AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF		
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	2653923
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE	Nº DO PRONTUÁRIO
RENNIER HORRAS LIMA DA SILVA	1053384
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	RACIA/COR
165676988890004	PARDO
DATA DE NASCIMENTO	SEXO
01/05/1993	MASCULINO
NOME DA MÃE	ETNIA
EDILMA LIMA SARMENTO	
RESPONSÁVEL	DDD TELEFONE DE CONTATO
	(84) 9104-5644
ENDEREÇO (LOGRADOURO, Nº, COMPLEMENTO)	DDD TELEFONE DE CONTATO
AÇU, 678. CONJ. NOVOS TEMPOS.	
BAIRRO	UF
CENTRO	RN
MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA	CEP
CEARÁ-MIRIM	59570-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO
PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVA DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)
DIAGNÓSTICO INICIAL
CID 10 PRINCIPAL
CID 10 SECUNDÁRIO
CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
CLÍNICA	CARÁTER DA INTERNAÇÃO
POLITRAUMA	() CNS () CPF
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	Nº DOCUMENTO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
PLANTONISTA	DATA DA SOLICITAÇÃO
	23/07/2015 22:05
	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

ACIDENTE	CNPJ DA SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE
() TRÂNSITO			
() TRABALHO TÍPICO	CNPJ EMPRESA	CNAE DA EMPRESA	CBOR
() TRABALHO TRAJETO			
VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	COD. ÓRGÃO EMISSOR	AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF		
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	

UR + 2/16 d.L.

ANALYSES

fruits en m. d. les 5 autres
de parties m. d. en m. d.

EXAMFIS:CO

Mesartimus extensor tuberosus

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Re 07 aH5

REVIEW COMPLÉMENTAIRE: RADIOLOGIE 1984, 1985

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

27:10

CONDUTA PRIMÁRIA: MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS:

07.11.20 do Oktoberden

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 18/08/15

SFSOE MAT. NO 112085

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASS (12)	
Abertura Glázeol (G10)	
Glázeol em estado completamente aberto.	4
Glázeol em estado em condições normais (isto significa que o receptor de uma pressão normalizada - no caso de um receptor de 1,4 m x 2,2 m).	3
Glázeol em estado em condições normais.	2
Glázeol em estado aberto.	1
Medida residual vertical (R10V)	
Medida residual vertical em condições normais (isto significa que o receptor de uma pressão normalizada - no caso de um receptor de 1,4 m x 2,2 m).	5
Medida residual vertical em condições normais.	4
Medida residual vertical em condições normais.	3
Medida residual vertical em condições normais.	2
Medida residual vertical em condições normais.	1
Medida residual vertical (R10V)	
Medida residual vertical em condições normais (isto significa que o receptor de uma pressão normalizada - no caso de um receptor de 1,4 m x 2,2 m).	5
Medida residual vertical em condições normais.	4
Medida residual vertical em condições normais.	3
Medida residual vertical em condições normais.	2
Medida residual vertical em condições normais.	1
Medida residual vertical (R10V)	
Medida residual vertical em condições normais (isto significa que o receptor de uma pressão normalizada - no caso de um receptor de 1,4 m x 2,2 m).	5
Medida residual vertical em condições normais.	4
Medida residual vertical em condições normais.	3
Medida residual vertical em condições normais.	2
Medida residual vertical em condições normais.	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"		
DESCRIBIDOR	NOTAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	12-15	1 A
	9-11	2 A
	6-8	3 A
	4-5	4 A
	3	5 A
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20	1 B
	16-20	2 B
	6-15	3 B
	1-5	4 B
	0	5 B
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90	1 C
	75-90	2 C
	40-74	3 C
	1-39	4 C
	0	5 C

¹¹Escuela de Instrucción Especializada (EISE), Base Aérea de Guaymas para el desarrollo de nuevos técnicos Aeroespaciales, dependiente de la Comandancia en Jefe, Sistema MEX Capet, d. n. 2, oficina de las Telecomunicaciones, A. T. T. 1993, vol. 1993.

CLASSIFICAÇÃO DO ICB
(1975-2000)*[illegible]

References: YEASDALE G. J. and JET, G. ASSIMILATION OF CARBON AND IMPAIRED CONSCIOUSNESS. A practical scale. *Lancet*, 1974, 2: 31-34

* A decisão proíbe o ensino de doutrinas espíritas e que se relacionam com idade superior a 3 anos. Na decisão: Qualquer o ensino de doutrinas que desenvolva o material de 3 anos de idade.

SEM-DOR	LEVEL	Moderate	Intense	Poor Positive
0	1	2	3	4

EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E AVALIAÇÃO DETALHADA CRITÉRIOS DO PACIENTE (DA CABEÇA AOS PÉS, VULVA, NÃO APELAS OLHOS, OÜÇA, NÃO APELAS ESCUTE, SINTA NÃO A PENAS TOQUE.

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL, REQUISIÇÃO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXO AO SOLETO.

A
B
C
D
E

A (ALERGIAS): Nega
M (MEDICAÇÃO EM USO): Nega
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): Nega
L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS): Sem jejum
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): Via Urbana colisão moto-carro v=60km/h
V (PASSADO VACINAL): Desconhece.

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

- Radiografia de joelho direito AP e oblíqua.
- Radiografia de punho e tornozelo direitos, em PA e oblíqua.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

1- Vit. B12 500mcg Gelat CRM-RN 7808

2- Tramadol 100mg/102ml - 01 FA - 100ml de SF C, 9% - IV, agora -

3- Dexam. 10mg IV, EV

3- Ciprofloxacino 400mg - 01 AMP + IV, 12/12 H.

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL RN, 18/08/15

SF SAP. MAT. Nº 182082

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <u>Ortopedia</u>	HORA: <u>11:30</u>	DATA: <u>23/08/15</u>
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

O encaminhamento do paciente de atendimento produz este após um exame mais qualificado, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e permite o profissional de saúde, contribuir para a melhoria da assistência ao paciente.



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRÁFEGO
Rua Porto de Imbituba, s/n, Conjunto Santa Catarina, Potengi - Natal - Rio Grande do Norte
Fone: (84) 3232-1514 - E-mail: cpresetordetrafege@hotmail.com

Natal/RN, 31 de Julho de 2015.

BOAT nº: 87607

Data: 23.07.2015


Local: Rua Açú - - Ceará-Mirim/RN

Veículos envolvidos:

(V-1) FIAT/ DOBLO EX - HXD 2617

(V-2) HONDA / CG 150 TITAN KS - MYX 4522

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor de V - 1 deixou de observar o que preceituam os artigos 26-I, 28 e 34.



Tony Swamara Vale Castro Cap. QOPM
Mat. 170.077-4
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

Verificação de autenticidade on internet: <http://www.prn.m.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Número da ocorrência: 731308 Data/hora registro: 31/07/2015 10:12:26
Número/control: 5Y3HNW7NV1XXITYR2IK

*Somente possuem valor legal os pareceres que estejam assinados pelo chefe do setor ou auxiliar.

germe



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 87607

1 - LOCALE DATA

Local Rua Aci Bairro Cam. S. Abn. Vences
Cidade/UF Caçoá-Mirim P. Ref. LA CENTE D. 1472
Data 23/07/2015 Hora do acidente 06:15 Hora do registro 07:00 Dia da semana QUINTA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☒ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi HXD-2617 Cidade Caçoá-Mirim UF RN
Marca/Mod. FIAT DORIO RA Cor CINZA Ano 2002
Proprietário LEANDRO MORAIS DA SILVA Nº de Ocupantes 2
Conductor D. MARIO Data de Nasc. 22/09/1982
Endereço RUA DR. VICENTE JORDAO PEREIRA N° 399 Fone 9911-8956
Bairro Caçoá Cidade Caçoá-Mirim UF RN
CPF N° 1143.376.984-00 CNH N° 03213660138 Validade 19/10/2019 Categoria B
Local de Trabalho INTERMUNDO Fone D. MARIO
End. D. MARIO Nº 399 Bairro Caçoá Cidade Caçoá-Mirim

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MYX-4522 Cidade Caçoá-Mirim UF RN
Marca/Mod. VERA-LIDA Cor VERMELHA Ano 2002
Proprietário LEANDRO MORAIS DA SILVA Nº de Ocupantes 1
Conductor LEANDRO MORAIS DA SILVA Data de Nasc. 01/05/1993
Endereço Rua Aci Cidade Caçoá-Mirim UF RN
Bairro Cam. S. Abn. Vences Nº 078 Fone 99135-5421
CPF N° 098.825.164-75 CNH N° 0610289525 Validade 20/11/2018 Categoria PE
Local de Trabalho RISOR ENTREPRENDIMENTOS Fone 3214-2642
End. RISOR Nº 078 Bairro Caçoá Cidade Caçoá-Mirim

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Conductor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Conductor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

11 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☒ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Presenciou: ☐ Foto ☐ Registro
 Nome LENIRA ROBERTO NOVA DA SILVA Data de Nascimento 01/05/1993
 RG N° 1678 Órgão Expedidor UF RA
 Endereço Rua Açu N° 678 Fone
 Bairro Casa Nova; Terapias Cidade Cerro: Mirim UF RA
 Versão

Assinatura Hora
 12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Presenciou: ☐ Foto ☐ Registro
 Nome Órgão Expedidor Data de Nascimento
 RG N° N° Fone
 Endereço Cidade UF
 Bairro
 Versão

Assinatura Hora
 13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Presenciou: ☐ Foto ☐ Registro
 Nome Órgão Expedidor Data de Nascimento
 RG N° N° Fone
 Endereço Cidade UF
 Bairro
 Versão

Assinatura Hora
 14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Presenciou: ☐ Foto ☐ Registro
 Nome Órgão Expedidor Data de Nascimento
 RG N° N° Fone
 Endereço Cidade UF
 Bairro
 Versão

Assinatura Hora
 15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
 Placa Cidade UF Marca/Modelo
 Nome RG N° Órgão Exp. N°
 Endereço Fone
 Bairro Cidade

16 - IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AUT N° CÔD/DESD

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

Informo que ao chegar ao local condutor de V2 foi ferido
informado pelo SGT para o Hospital das Forças
Armas. Devido a isso, foram removidos os dados
de identificação a vítima

Nome Completo do Agente Marcos Vinício da Silva

POSTO/GRAD SGT

PM N° 92.043

Assinatura 018

Subunidade SGT Vinício da Silva

Local e Data Cerro: Mirim

de Julho

de 2015

Assinatura do Agente de Trânsito

<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reto	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input checked="" type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Ative Ingrete	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Ative Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingrete	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

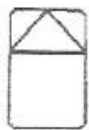
9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

BRAS. NOVO HORIZONTE

ÁRVORE
 VESTÍGIOS
 SEMÁFORO
 PEDESTRE
 BICICLETA OU MOTO
 CARRO DE PEQUENO PORTE
 CAMINHÃO OU ÔNIBUS
 CARRETA

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

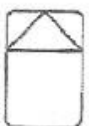
AVARIAS DO VEÍCULO 1 *TRAM-ELIO RUA DE ANTONIO, PARRA- LINDA APOSTOL- RO DEFEITO FARDOL DIREITO, CARU.*



AVARIAS DO VEÍCULO 2 *POÇA D'ANTEIRO ESQUERDO, POÇA TRAVEIRO ESQUERDO, CARENAGEM CENTRAL, PEDAL DE MANCHA, RETROVISOR ESQUERDO, DO FARDOL, RABETA*



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? Rua Fleury Em que faixa? Direita
 Em que sentido? Para Alameda Velosa Bairro N. Honório
 Versão do condutor Informo que transitava normalmente, quando
percebi que seu veículo estava na esquina, em seguida
consegui colocar seu veículo em funcionamento e ali ele ficou
por um tempo da via e seu seu destino, mas colidi com
o que estava no momento

Assinatura do Condutor do V1 Xelando Marcos da Silva

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____ Em que faixa? _____
 Em que sentido? _____
 Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V2 _____

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____ Em que faixa? _____
 Em que sentido? _____
 Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____ Em que faixa? _____
 Em que sentido? _____
 Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4 _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
 49000226/2010

N° 8340577553
 61051447158

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA	COD. DE MUNICÍPIO	CENTRO
1	861582896	11111111111
NOME/ENDEREÇO WANDERLEY BARBOSA CUNHA TV SAO FRANCISCO, 215 CENTRO 59.570-000 CEARA-MIRIM/RN		
CPF/CNPJ		PLACA
059.482.414-16		MYX4522
NOME ANTERIOR ROSELY LEONARDO DA SILVA		

PLACA
 MYX4522/RN

IDENTIFICAD. DE VEICULO
 9C2VC08105R940296

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVEL GASOLINA

MARCA, MODELO E ANO HONDA/CG 150 TITAN XS	ANO DE FABRICAÇÃO 2005	ANO DE MODELO 2005
CAPACIDADE DO MOTOR 149 CILINDRADAS	CATEGORIA PARTICULAR	COR DO VEICULO VERMELHA

MOTOR: K20B-15840296

FÁBIO MACHADO DA SILVA
 SECRETÁRIO DE ESTADO DE TRANSPORTES E TRÁFICO

CEARA-MIRIM/RN
 28/04/2010

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

SINISTRO 3150803405 - Resultado de consulta por beneficiário

VITIMA RENNIE HORRAS LIMA DA SILVA
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A
BENEFICIÁRIO RENNIE HORRAS LIMA DA SILVA
CPF/CNPJ: 09882516475

Posição em 18-11-2015 15:29:11
Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/11/2015	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

Como dar entrada

- Como dar entrada - Dicas importantes
- Documentos obrigatórios
- Documentos necessários para a documentação
- Documentos necessários
- Como dar entrada
- Dicas importantes

Pague seguro

- Como pagar
- Consulta a pagamentos efetuados
- Informações gerais

Acompanhe o Processo

- Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.