

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2017

Carta nº: 10838675

A/C: JOSE FRANCISCO DA COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170192769 ASL-0133211/17

Vitima: JOSE FRANCISCO DA COSTA

Data Acidente: 04/06/2016

Natureza: DAMS

Procurador: RODRIGO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2017

Carta nº: 10899252

A/C: JOSE FRANCISCO DA COSTA

Sinistro: 3170192769 ASL-0133211/17
Vitima: JOSE FRANCISCO DA COSTA
Data Acidente: 04/06/2016
Natureza: DAMS
Procurador: RODRIGO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE FRANCISCO DA COSTA

Valor: R\$ 180,03

Banco: 001

Agência: 000003777-X

Conta: 0000041166-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 "T195"

Nº DO SINISTRO



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSÉ FRANCISCO DA COSTA
 PORTADOR(A) DO RG-Nº 550.407 EXPEDIDO POR STEF/REMU EM 20/10/06 E
 CPF 313262679-00 CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO PESCADOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSÉ FRANCISCO DA COSTA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Seguro ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (nesto momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 003 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3333333333 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 41166-3

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 003 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 14-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 11-07-49

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ASL-00883333/17
 JOSILÉIA
 Data de 20/10/2016
 LOCAL E DATA

ASL-00883333/17
 JOSILÉIA
 Data de 20/10/2016
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Extrato de Conta Corrente

Cliente: JOSE FRANCISCO DA COSTA

Agência: 3777-X Conta: 41166-3

Lançamentos

Dia Histórico

09/12/2016 Saldo Anterior

Informações Adicionais

Juros

Data de Debito de Juros

IOF

Data de Debito de IOF

Valor

0,00

0,00

03/04/2017

0,00

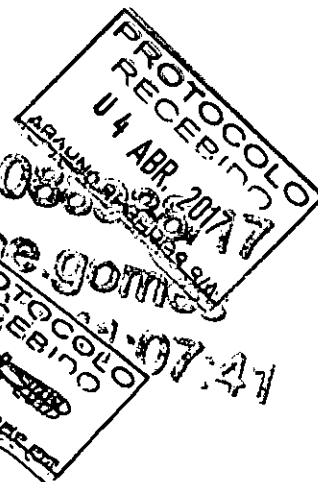
03/04/2017

Total Aplicações Financeiras

* Saldos por dia Base

Sujeitos a confirmação no momento da contratação

0,00





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



REGISTRO PARA FINS DE REQUERIMENTO DO SEGURO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Endereço: RUA ESPERANADA SILVA JARDIM, 2, RIBEIRA, NATAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016031000677
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/OMEM

1.2 Data de Expedição: 08/07/2016, 08:41:41
1.4 Ligu CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 04/04/2017, 11:05:00
2.3 Fato: Consumado

2.2 Autoria: Desconhecida
2.4 Flagrante: Não

2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: CIDADE DA ESPERANÇA

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.7 Logradouro: CRUZAMNETO COM A RUA CEARÁ
2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: NATAL

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE FRANCISCO DA COSTA

3.2 Estado civil: Divorçado(a)

3.3 Etnia: Parda

3.4 Pai: RAIMUNDO JACINTO DA COSTA

3.5 Mãe: JOSEFA MARCOLINA DA COSTA

3.6 Data de Nascimento: 11/10/1958

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 RG: 550407 - ITEP/RN

3.9 CPF: 31525261487

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Nacionalidade: SANTANA DO MATOS RN

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.14 Logradouro: RUA PROFESSOR FERREIRA JALES

3.15 Telefone(s):

3.18 CEP:

3.17 Número: 210

3.20 Cidade: SÃO RAFAEL

3.19 Bairro: CENTRO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

DOCUMENTO 1 *T1%



6. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

(NÃO FORAM INCLuíDOS)

8. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

(NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 20648

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: KYI2963

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: VOLKSWAGEN

7.1.8 Modelo: COMIL SVEIT

7.1.8 Ano do Modelo: 2008

7.1.10 Ano de Fabricação: 2008

7.1.11 Cor do veículo: BRANCA

7.1.12 Tipo do veículo: ONIBUS

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: EMPRESA DE TRANSPORTE DA CONCEICAO LTDA

7.1.16 Vínculo com a

7.1.17 Nome do condutor:

Ocorrência:

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

JOSE FRANCISCO DA COSTA INFORMA QUE FOI ATROPELADO POR UM ÔNIBUS (DADOS ACIMA) QUANDO ATRAVESSAVA NA FAIXA DE PEDESTRE EXISTENTE NO LOCAL (ACIMA MENCIONADO). UMA EQUIPE DO S.A.M.U. FORA ACIONADA, REALIZOU O PRIMEIRO ATENDIMENTO AINDA NO LOCAL E NA SEQUÊNCIA FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL. DOCUMENTOS APRESENTADOS: DECLARAÇÃO DO SAMU Nº 103314/1 BAA 183312 DOCUMENTOS PESSOAIS (RG) (COPIA/ANEXO) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (COPIA/ANEXO)

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS

(ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 08/07/2016 08:41:41

Alvaro Alves de Souza Bezerra X5
Policial

Interessado

Alvaro Alves de Souza Bezerra
04/04/2017 11:04:48

Atendimento: 1701860 - ALVARO ALVES DE SOUZA BEZERRA
Impresso por: 1701860 - ALVARO ALVES DE SOUZA BEZERRA em 08/07/2016 08:41:49

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





Prefeitura Municipal do Natal
A nossa cidade

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 NATAL

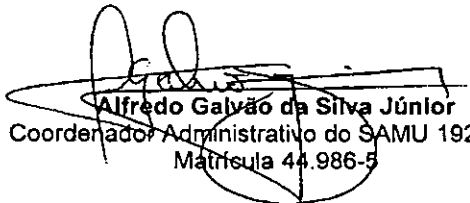
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **JOSÉ FRANCISCO DA COSTA** foi vítima de atropelamento por ônibus, no dia 04/06/2016, aproximadamente às 10h13min, na Avenida Rio Grande do Norte, Cidade da Esperança, nesta Cidade. Tendo sido atendido pelo SAMU 192 Natal, sob nº de ocorrência **103314/1** onde foram realizados os procedimentos de praxe pela equipe de plantão e removido para o Hospital Walfredo Gurgel.

DOCUMENTO Z "1290"



Natal, 13 de Junho de 2016.


Alfredo Galvão da Silva Júnior
Coordenador Administrativo do SAMU 192 Natal
Matrícula 44.986-5



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 103314/1

Data: 04/06/2016

CHAMADO

TARM: JOAO PAULO DA SILVA

Rádio Operador: LITIZ NEY DA SILVA

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: USB 15 (UPA 24H ESPERANÇA)

Médico Regulação: MARIA CLAUDIA SALDANHA FARIAS

Médico Cena: LIDIANE GUEDES PITA

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: GENNER CARLOS DE OLIVEIRA LIMA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
VANESSA BERNARDO DO NASCIMENTO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM☒ Regulação Médica☐ Trote☐ Informação☐ Engano☐ Queda da Ilgção☐ Sem Médico☐ Transf./Internação☐ Eletivo

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: LUZANA

Telefone: (84) 98791-3090

Nome do Paciente:

JOSE FRANCISCO DA COSTA

Idade: *

58

ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8267436 Longitude: -35.2380527

Endereço: AVENIDA RIO GRANDE DO NORTE

Nº: VP

Bairro: CIDADE DA ESPERANÇA

Outro Bairro:

Referência/Complemento: QTH DA LAGOA DE CAPITAÇÃO/// EM FRENTE A LOJA TRI LEGAL/// PX AO DETRAN/// CRUZAMENTO COM A RUA CEARÁ///

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Paciente: ATROPELAMENTO POR ÔNIBUS

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

04/06/2016 10:15:13 - Dr(a). MARIA CLAUDIA SALDANHA FARIAS

APH: TRAUMA / HD: ATROPELAMENTO POR ÔNIBUS

REGULAÇÃO: ATROPELAMENTO POR ÔNIBUS. A VÍTIMA ESTÁ AO SOLO INCONSCIENTE (BATEU A CABEÇA NO MEIO FIO AO CAIR).

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:



SINAIS VITAIS / OUTROS ACHADOS

Tipo de APH:

Hipótese Diagnóstica:

TRAUMA - ATROPELAMENTO POR ÔNIBUS ▾

Sinais Vitais:

04/06/2016 10:41

1º PA - 110X60 ▾
2º FC - 64 ▾
3º FR - 20 ▾
4º SAT - 93 AA ▾

Antecedentes:

☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ Epilepsia ☐ Estilismo ☐ Hipertensão ☐ HIV ☐ Nefropatia ☐ Neoplasia ☐ Pneumopatia ☐ Sequela AVC

Outros Antecedentes:

Nível de consciência:

☐ Normal☐ Confuso☐ Torporoso☐ Inconsciente

Respiração:

☐ Não Respira☐ Normal☐ Ruidosa / Dispneia☐ Via aérea obstruída☐ Via aérea pérvia

Sudorese:

- SELECIONE - ▾

Coloração da pele:

- SELECIONE - ▾

Sangramento:

- SELECIONE - ▾

Uso de algum Medicamento:

Alergia:

Prioridade:

☒ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul

Observação:

ATROPELAMENTO POR ONIBUS; FOI ARRASTADO PELO ONIBUS; CONSCIENTE; NÃO LEMBRA O QUE ACONTECEU; FERIMENTO SUPERCILIO ESQ 2CM; ESCORIAÇÃO + CORTE CONTUSO TEMPORAL; PROVAVEL FRATURA NOS DOIS PUNHOS; DOR TORACICA E CERVICAL

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

☐ Sim ☒ Não ☐ Não informado

CONDUTA

☐ Atendimento / Residência☐ Conduta VTR☒ Remoção / Transferência☐ Óbito☐ Endereço não localizado☐ Evasão do local☐ Recusa atendimento☐ Recusa remoção☐ Removido por terceiros☐ Trote

Conduta Médico Regulador:

04/06/2016 10:45:14 - LIDIANE GUEDES PITA

ACESSO COM SF; DIPIRONA EV; QTI CODIGO 3 AO CLOVIS

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE - ▾

H. ligação ao serv prop.:

Recebido por:

☐ Vaga Negada☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

▾

PERTENCES



Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

/ /

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:

04/06/2016

10:13:18

Regulação Médica:

04/06/2016

10:15:13

Solicitação VTR:

04/06/2016

10:16:50

Saída VTR:

04/06/2016

10:16:52

Chegada Local:

04/06/2016

10:25:07

Saída Local:

04/06/2016

11:08:58

Chegada Destino:

04/06/2016

11:32:44

Liberação Destino:

04/06/2016

11:32:45

Liberação VTR:

04/06/2016

11:33:27





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

ASL-0088988/17
josilene.gomes

ASL-0088988/17
josilene.gomes

04/04/2017 11:08:46
EU, JOSILENE FRANCISCA DA COSTA

04/04/2017 11:08:46
data de expedição 20/10/2005, Orgão 527/RM-9

RG nº 55107.407

data de expedição 20/10/2005, Orgão 527/RM-9

CPF nº 316.252.614-8 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA PROFESSOR FERREIRA SALES
Número	210
Apto / Complemento	-
Bairro	CENTRO
Cidade	SÃO RAFAEL
Estado	CE
CEP	159.518.000
Telefone de Contato	(84) 999195385
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: NADAL, 04 DE NOVEMBRO DE 2016.

Assinatura do Declarante: Josilene Gomes

ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:08:46

ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:08:46

PROTOCOLO
RECEBIDO
14 ABR 2017
11:08:46

PROTOCOLO
RECEBIDO
14 ABR 2017
11:08:46

ASL-0088988/17

Josilene.gomes

04/04/2017

CONTA DE CONSUMO DE AGUA, ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRESSO EM 04/04/2017 11:08:46
RUA PROF. FERREIRA JACQUES, 210 - SAO RAFAEL, SAO RAFAEL RN
55513-000

ASL-0088988/17

Josilene.gomes

04/04/2017

11:08:46

Y100011243 LIGADO LIGADO
CONSUMO AGUA (H3):
HISTORICO DE CONSUMO
RES ENTRE 50 L POR 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE AGUA
E-COTO
25,0% DO VALOR DE AGUA
MULTA P/ IMPRINTA LIDADE PARCELA 01/01

ASL-0088988/17

Josilene.gomes

04/04/2017

11:08:46

ASL-0088988/17

Josilene.gomes

04/04/2017

TRIBUTOS
PIS
COFINS
PERCENTUAL (%)
VALOR DO IMPOSTO

ASL-0088988/17

Josilene.gomes

04/04/2017

PROTÓCOLO RECEBIDO
11 ABR 2017
ARQUIVADO

JA ESTA DISPONIVEL NO SITE DA CAERN O RELATORIO
ANUAL DA QUALIDADE DA AGUA 2016 DE 2017
OS ERIS DEVEH. POSSUIR CERTIFICACAO E SEU USO DEVE SER FISCALIZADO.

ASL-0088988/17

Josilene.gomes

04/04/2017

11:08:46

PROTÓCOLO RECEBIDO
11 ABR 2017
ARQUIVADO

ASL-0088988/17

Josilene.gomes

04/04/2017

11:08:46

ASL-0088988/17

Josilene.gomes

04/04/2017

11:08:46



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rodrigo da SilvaRG nº 47.660.209-9, data de expedição 06/06/2013, Órgão SSP/SP

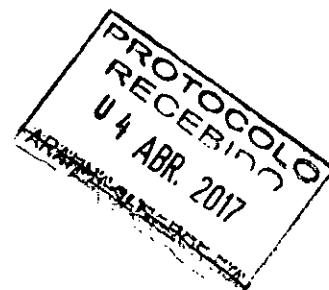
CPF nº 094.507.224-47, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Amibul Lencin</u>
Número	<u>2525</u>
Apto / Complemento	<u>Ed. Squelli, sala 205</u>
Bairro	<u>Landelândia</u>
Cidade	<u>Natal</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59.064-340</u>
Telefone de Contato	<u>84-99919-5385</u>
E-mail	<u>RODRIGO.SSC.ADVOCACIARN@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Natal, 06 de Março de 2017.

Assinatura do Declarante:

Rodrigo da Silva

DADOS DO CLIENTE
 ADOLFO MAGALHÃES CAVALCANTI

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA ANIBAL CORREIA 2525 L.J-105

CPF 095 240 594-59

CANDELARIA/AREA URBANA
 NATAL RN
 59064-340

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
 OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADE
 Monofásico

CONTA CONTRATO MÊS/ANO
 7010716688 02/2017
 DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISIVEL PRÓXIMA LETURA
 22/02/2017 17/03/2017
 TOTAL A PAGAR (R\$)
 47,90

NP DA NOTA FISCAL SÉRIE EMISSÃO
 000785934 UNICA 15/02/2017
 APRESENTAÇÃO NP DO CLIENTE NP DA FISCALIZAÇÃO
 15/02/2017 3011015981 2489892

COMPOSIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	78,00000000	0,53914084	42,05
Continuação Iluminação Pública			4,74
Multa por atraso-NF 000785935 - 18/08/16			0,32
Juros por atraso-NF 000785935 - 18/08/16			0,79

TOTAL DA FATURA

47,90

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	NP DE DMS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2151254153	CAT	17/01/2017	4860	15/02/2017	4938	26	1,00000		78,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		ESPECIFICAÇÕES DE TENSÃO		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MÊS/ANO	CONSUMO (KWH)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	
FEV 17	78	ICMS	42,05	18,20	7,56
JAN 17	53	PIS	42,05	0,92	0,38
DEZ 16	74	COPFMS	42,05	5,38	2,17
NOV 16	54				
OUT 16	40				
SET 16	30				
AUG 16	30				
JUL 16	30				
JUN 16	30				
MAY 16					
ABR 16					
MAR 16					
FEV 16					

A1B7 86B3 818C 8398 8AA7 785C 14A7 8ACF

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito em espécie, na data de leitura e mediante o valor a ser pago. Não é possível o pagamento em cartão de crédito ou débito. A Nota Fiscal é emitida em nome do cliente e não pode ser utilizada para fins de comprovação de despesas. O cliente é responsável por manter a leitura correta e atualizada. O cliente é responsável por manter a leitura correta e atualizada. O cliente é responsável por manter a leitura correta e atualizada.

PROTOCOLO
 RECEBIDO
 U 4 ABR. 2017
 GRAZIANO REQUENA

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS					TENSÃO DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR APROXIMADO de 2015	LIMITE MÍNIMO	LIMITE INTERMEDIÁRIO	LIMITE MÁXIMO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
NATAL		abril	maio	junho		abril	junho
DML	0,98	5,31	10,82	21,25	220	202	231
DML	1,00	5,31	8,35	12,70			
DMLC	0,99	5,31	0,00	0,00			

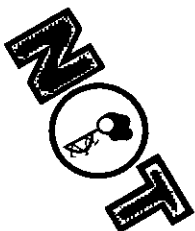
Limite INTER 12,27 R150 - Valor de Referência de Uso do Sistema de Distribuição - R15 15,50

Limite FIC 12,22 FIC 150 - Valor de Encargo de Uso do Sistema de Distribuição de Energia Elétrica - R\$ 14,58

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
 7010716688 02/2017 22/02/2017 47,90

838000000000-9 47900038407-0 01071668820-1 00761088633-6





Núcleo de
ortopedia e
traumatologia

Rua dos Canindes, 1407 - Alecrim
Natal/RN - Fone: (84) 3213-6260
CNPJ. 40.998.593/0001-41

RECIBO

R\$

1109,00#

Recebemos do (a)

Jose Francisco de Costa

a importância de

cinco mil e

Correspondente a

consulte medica

constando de :

40.998.593/0001-41

Do que, para os fins e efeitos de direito, firmamos o presente dando plena e geral quitação.

JOSE FRANCISCO DE COSTA

TRAUMATOLOGIA S/S LTDA - ME

Rua dos Canindes, 1407 - Alecrim

CEP: 59.059-000

NATAL - RN

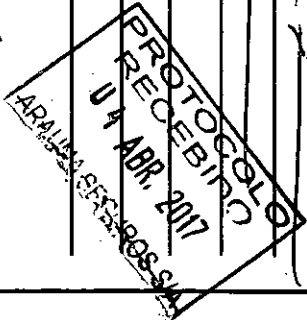
Natal-RN,

17 de

Outubro

de

2016



GOLD SOL

C M DE SOUSA SOUTO ME

AV CORONEL ESTEVAM 1374, ALECRIM-NATAL/RN

CNPJ: 15.378.405/000135

IE: 20.268.027-4

08/10/2016 10:09:51

CCF:001597 C00:004086

CUPOM FISCAL

ITEM CODIGO DESCRIÇÃO QTD UN V. UNIT R\$ SI R/T V. ITEM R\$
001 00000000000019 LENIE ESPACE 1 UN 117,00x 300,00)

TOTAL

R\$

300,00

Dinheiro

300,00

Trib aprox R\$: 18,00 - 5,10 Estadual

Fonte: IEP1 5oi7eh

ORIGADO, VOLIE SEMPRE

Nº-5-A6196C181C4180525208313DAH729809

DJPDV 1.4.0

U6E QADC0 IE660 198009 ED 39C0AC B180B 00A51 214

DARUMA AUTOMAÇÃO

ECF-IF

VERSÃO: 01.00.00.00

04/04/2016 10:09:51

LJ: 0001

EEEEEEEEEECEEAJD

08/10/2016 10:10:18

FAB; DR0813BR000000402747

BR

**PROTOCOLO
RECEBIDO**
04 ABR 2017

DROGASIL

Rua Drogasil S/A

AV BERNARDO VIEIRA 3775 PISO 1; : EUC 108 - 109:

CEP:59.015-900 - NATAL/RN

CNPJ: 61.585.865/1295-10 IE : 20.426.397-2

13/06/2016 16:55:30 CCF:044558 COD:083599

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRICAO	QTD	UN.	VL UNIT RS	ST	TAT	VL ITEM RS
------	--------	-----------	-----	-----	------------	----	-----	------------

1	35614	NEX ESP MICROP 50X4.	1	Un	X 18,70	FI	A 18,70c
2	35815	PARAC NEG 750MG 4'S	1	Un	X 3,63	FI	A 3,63c
Desconto item 2							-1,42

TOTAL RS 20,96

Dinheiro 22,00
TROCO RS 1,04

MD-5: b023fa497e451890d0ca1a6722b2a4dd

Simplex (1-8)

Iris Aprox RS: 2,92

Fonte: IBPT

PROTOCOLO
RECEBIDO

04 ABR 2012

13/06/2016 16:55:30

ECF-IF VERSAO 4.0000

))))))S9e)SBZ

FAB:EP091420000000012300

DROGARIA ALIANÇA LTDA
DROGARIA ALIANÇA LTDA

R LARANJAL, 328 - CIDADE NOVA

NATAL/RN * CEP: 59072-570 * TEL: (84) 3605-3501

CNPJ: 10.952.524/0001-36 IE: 20.221.551-2

22/06/2016 18:24:33 CCF: 282105 COD: 411976

CUPOM FISCAL

ITEM CÓDIGO DESCRIÇÃO QTD UN V. UNIT R\$ ST A/T V. ITEM R\$

001 07896342414413 BOLSA TERMICA GEL M (MERCUR)

1 UN X 17,99 118,00% A 17,99

TOTAL R\$ 17,99

Dinheiro 17,99

MD-5: 1ef07c2ff1f386828f990ab3eb153cb51

CLIENTE BALCO

Ven: 0020

PLANALTO - F

Val Aprox 17,99

** LAUDO: NP10/2015

Daruma Afanewor

Daruma Afanewor

187 DEAA4

DARUMA AUTOMACAO

ECF- IF

CCCCCCCCCHCHCAF6FF

FAB: DR0812BR000000334005

PROTOCOLO
RECEBIDO
4 ABR 2017
APALM

Fonte (IBPT)

Não Programada

Não Programada

0F0E3110DAAI

ECF: 002 LJ: 01
22/06/2016 18:24:40

53

DROGASIL

Rais Drogasil S/A

Av. Senador Salgado Filho 1792, Lagoa Nova, Cep59056-000

Natal / RN

CNPJ: 61.585.865/0403-74 IE : 20.420.113-6

09/06/2016 16:12:52 CCF:031044

C00:062258

CUPOM FISCAL

ITEM C0DIGO

DESCRICAO

VL UNIT RS

ST IAT

VL ITEM RS.

1 45087 HASCARA BCA TRIPLA50

1Un X 16,99 Ta A 13,99c

TOTAL RS

18,99
18,99

Ct. Debito

Ta=18,99c

HD-5:0ea6cfec60b45c9c0b5c26b14f6828fc

Referencia: 16070966-6)

Irrib Aprox: 16070966-6) e 3,23 Estadual

Fonte: 1891

RECEBIDO

945m9 pr/kj 06 04 a 04 2017

EPS001

ECF-IF

09/06/2016 16:13:45

FAB:EP091420000000011530

09/06/2016 16:13:45

09/06/2016 16:13:45

DRUGARIA ALIANÇA LTDA

R LARANJAL, 328 - CIDADE NOVA

NATAL/RN • CEP: 59072-570 • TEL: (84) 3605-3501

CNPJ: 10.952.524/0001-36

22/06/2016 18:22:39

CUPOM FISCAL

ITEM 00100 DESPESA GERAL VALOR R\$ 57,96

001 07896472502943 (EXATISSIMO) (MULTIPLICA)

3 CX X 12 99 11 99 38 97)

002 07896342452943 (EXATISSIMO) (MULTIPLICA)

1 UND X 26 99 11 99 38 97)

TOTAL R\$

57,96

TEF

ND-5: 1e107e211d3868281990ab3eb157051

CLIENTE BALCAO

Ven: 0104 ANDRESSA MARIA

PLANALTO - Fone:

Val Aprox Tributos R\$ 0,00 (0,00) (Fonte: ITRP)

PV0002300814

.. LAUDO: VPR1607015 ..

DarumaFarmaceut. - Mensagem Não Programada

DarumaFarmaceut. - Mensagem Não Programada

069 C4784 18/01 ERI 188 24 106071 03002 31052 200

DARUMA AUTOMACAO

ECF-IF VERSAO:

CCCCCCCCCHCHCHERH

IRB: DR0812BK000C103340

RECIBIDO
4 ABR 2017
ALIANÇA BALCAO

DRUGARIA ALIANÇA LTDA

R LARANJAL, 328 - CIDADE NOVA

NATAL/RN • CEP: 59072-570 • TEL: (84) 3605-3501

CNPJ: 10.952.524/0001-36

22/06/2016 18:23:15

NÃO É DOCUMENTO FISCAL

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

TEF

1ª VIA

COD do documento vinculado:

Valor da compra R\$

411974
65,96
65,96

TRANSAÇÃO AUTORIZADA COM SENHA
CASSIO RAFAEL COSTA
8000 10007 21 - 100007/0000-F01

VALOR: 21.80

DENTAL MED L108
 AV SENADOR SALGADO FILHO 1680
 NATAL
 001399635760001 PDS 4204149
 000-697560
 09/06/16 16:20
 001-358847
 DNL-C
 VENDA 8 08810

498453 8737-04720

CHIEF
VISA ELECTRON

(10) do documento vinculado: 203691
Valor da compra R\$ 21,80
Valor do pagamento R\$ 21,80

AND DOCUMENTED FROM
 IMPROVING CREDIT IN DEBTOR
 CREDIT AND
 IS VIA

003:009

269502:(III) 15,790:419 64:0.791 9102790/60

IM: 701.869 1

REF ID: A68097

NO STANDING SIGN CHASE - FINE \$100

~~SECRET~~

100-443887-1000

2107

LABOR 300

[REDACTED]

SECRET

Д.С.ТОН

FEB: DROK12BK0000001.18/7207

09/06/97 09:07/60

ECF-IF
VERSION: 01 10 00

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED DATE 08-19-08 BY 60322 UCBAW

1991年11月11日 星期一 11月11日 星期一

U. NATAL - RHPRE-VEHICH: 4948

600,000,000-00 : 61 LEAFLET PUBLISHED

Volte Sempre!

RECEIVED: 08/15/01
REVISOR: FL8110

[illegible]

PV0000004948
DOI: 10.1371/journal.pone.0161000.g002

CARTRID

08-12-2014 10:01 AM \$4

J. Polym. Sci. Part A: Polym. Chem. **30**, 1697-1708 (1992)

$$m = \frac{1}{2} \left(\frac{1}{\alpha} + \frac{1}{\beta} \right) \quad \text{and} \quad n = \frac{1}{2} \left(\frac{1}{\alpha} - \frac{1}{\beta} \right)$$

010709Z JUL 68
CUBANA - 151 44L

(69902) 10-1-11 60:02:16 910/60/60
1 68:10:3 11

1-696-102 1M

1981/82 : 11,900,000

NO SEIDLER STR 6000 E 13TH PL
DENVER CO 80202

1000 1 11 25 3000 3 0000 00 0000 00

DEPARTMENT OF THE ARMY
OFFICE OF THE CHIEF OF STAFF
WASHINGTON, D. C. 20315

Recibo

Nº

R\$ 60,00

Receb. do(s) Sr.(s) José Francisco da Costa

Endereço

a importância supra de R\$

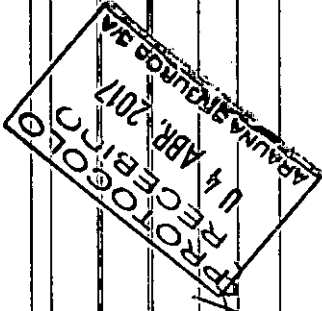
Sessenta Reais

referente consulta Oftalmológica

pelo que para maior clareza firmo o presente.

EMITENTE
ENDEREÇO
CNPJ/CPF/RG
LOCAL E DATA

OBSERVAÇÕES
PAGO
Em. 08/10/16
Andrezza
ASSINATURA





Dr. Paulo Gurgel

Nome: Jorge Francisco da Costa

240.00

PRONTO SOCUINCA VACANCA LTDA

Assinatura



CLÍNICA HOPE LABORATÓRIO HAPPY

Av. Pernambuco, esquina com Rua Garanhuns, 01
Cidade da Esperança - Natal/RN
(em frente ao posto de saúde)
(84) 3205-7400 | 3205-5042

RECIBO

R\$ 80,00

Recebi(emos) do(a) Sr.(a) Jana Francisco da Costa

a importância de R\$: oitenta reais

PROTÓCOLO
RECEBIMOS

14 ABR 2017

ARQUIVADO

Requerente a transferência da conta com o cartão

Natal, 12 de

MAIO de

2016

Laboratório Happy Ltda

Cidade da Esperança cep: 59.070-340

UNIVERSAL



Núcleo de
ortopedia e
traumatologia

Rua dos Canindes, 1407 - Alecrim
Natal/RN - Fone: (84) 3213-6260
CNPJ. 40.998.593/0001-41

RECIBO

R\$ R\$ 80,00

Recebemos do (a)

Jose Francisco de Costa

a importância de

Oitenta reais

Correspondente a

Consulta médica

constando de:

Do que, para os fins e efeitos de direito, firmamos o presente dando plena e geral quitação.

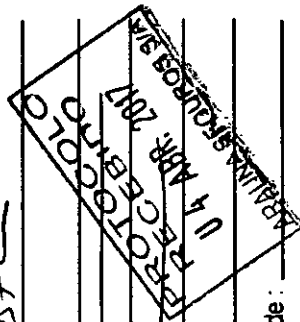
CEP: Assinatura

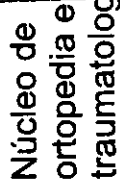
João Francisco de Costa

Natal-RN, 04 de Agosto

de 2016

NATAL - RN





U 4 ABR. 2017

traumatologia

Wie oft haben wir Sie?

R\$ 510,00

Quilombos 1 de 3

Correspondente a Prescrita medic-1 Rx de ambos Puntos +
Rx c/c Costido + Rx + Financ + buva Gissade ambos
constando de:

Correspondence

Do que, para os fins e efeitos de direito, firmamos o presente dando plena e geral quitação.

DECEMBER 1964

~~WATKINS LTD~~

plus

CEASignature

NATAL - RM

Natal-RN, ✓ de

de *[Signature]*

de 2016

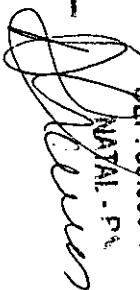
40.998.593/0004-41

JOLEO DE COTOPEDINE
FARMACIA

Rua dos O. nds, 140 - Alecrim

CEP: 59.030-600

NATAL - RN





Núcleo de
ortopedia e
traumatologia

Rua dos Canindes, 1407 - Alecrim
Natal/RN - Fone: (84) 3213-6260
CNPJ. 40.998.593/0001-41

RECIBO

R\$ 35,00

Recebemos do (a) Jose Francisco da Costa

a importância de Trinta e cinco reais

Correspondente a Tala Gessada

40.998.593/0001-41

Dada, passada e feita por nós, firmamos o presente dando plena e geral quitação.

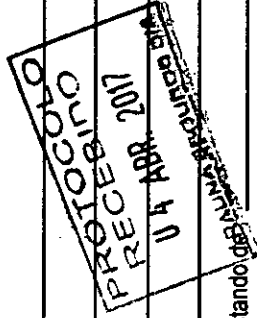
TRAUMATOLOGIA S/S LTDA - ME

Rua dos Canindes 1407 - Alecrim

CEP: 59.030-000

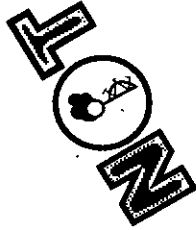
NATAL - RN

Natal-RN, 05 de setembro de 2017



constando da

40 998 593/0001-41



Núcleo de
ortopedia e
traumatologia

NÚCLEO DE ORTOPEDI¹ E
Rua dos Canindes, 1407 - Alecrim
Natal/RN - Fone: (84) 3213-6260
CNPJ 40.998.593/0001-41

NATAL - RN

RECIBO

R\$ 150,00

Recebemos do (a)

José Francisco da Costa

a importância de

Cento e cinquenta reais

Correspondente a

Raios X + Talas Gessado

constando de:

40.998.593/0001-41

Do Núcleo de Ortopedia e Traumatologia, firmamos o presente dando plena e geral quitação.

TRAUMATOLOGIA S/S LTDA - ME

Rua dos Canindes 1407 - Alecrim

CEP 55020-600

Assinatura
NATAL - RN

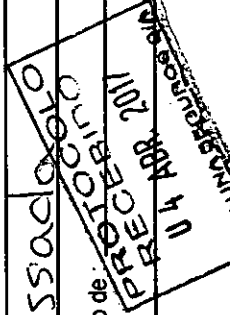
Natal-RN,

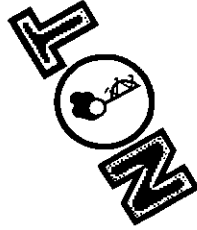
18

de

Julho

de 16





Núcleo de
ortopedia e
traumatologia

Rua dos Canindes, 1407 - Alecrim
Natal/RN - Fone: (84) 3213-6260
CNPJ. 40.998.593/0001-41

RECIBO

R\$ 250,00

Recebemos do (a)

Jose Francisco da Costa

a importância de

Duzentos e cinquenta reais

Correspondente a

Consulta + Razo X + Gesso

constando de

U 4 ABR. 2017

40.998.593/0001-41

Do que se trata, firmamos o presente dando plena e geral quitação.

TRAUMATOLOGIA/S/S LTDA - ME

Rua dos Canindes 1407 - Alecrim

CEP: 59060-000

NATAL - RN

Natal-RN,

12 de Setembro de 16

PROTECOLO
RECIBO

ANEXO 2 RECIBO 09.917



Núcleo de
ortopedia e
traumatologia

Rua dos Canindes, 1407 - Alecrim
Natal/RN - Fone: (84) 3213-6260
CNPJ. 40.998.593/0001-41

RECIBO

R\$ #35,00 #

Recebemos do (a)

José Francisco da Costa

a importância de

Pronta 1 cinco mil

PROTÓCOLO
RECEBIMOS

04 ABR. 2017

Correspondente a

deu a grãnc

constando de

40.998.593/0001-41

Do que, para os fins e efeitos de direito, firmamos o presente dando plena e geral quitação.

TRAUMATOLOGIA S LTDA - ME

Rua dos Canindes, 1407 - Alecrim

CEP: 59.650-600

Assinatura

Natal/RN, *28* de *Setembro* de *2016*

ATA

DOCUMENTO 2 "T24"



ASL-0088988/17
 JOSILENE GOMES

04/04/2017 11:09:52

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular nº SUSEP 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

* Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
 Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

ASL-0088988/17

JOSILENE GOMES

04/04/2017 11:09:52

Pelo exposto, eu, Francisco da Silva

RG nº 47.060.209-9, expedido por SSP/SP

20/07/2000 CPF/CNPJ nº 094.507.224-47

na qualidade de procurador(a) intermediário(a) do beneficiário(a) Jose

FRANCISCO DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza Invalididade

da vítima JOSE FRANCISCO GOMES COSTA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU Renda Mensal: R\$ RECUSOU

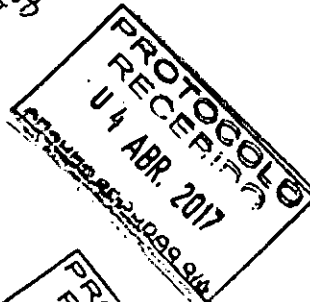
Documentos comprobatórios: CARTEIRA DA OAB

ASL-0088988/17

JOSILENE GOMES

04/04/2017 11:09:52

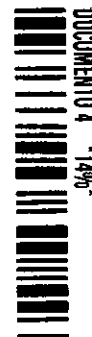
ASSINATURA DO PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL



DOCUMENTO 4 "140"

PACIENTE JOSE FRANCISCO DA COSTA
DATA DE ENTRADA 04/06/2016 **HORA** 11:11 **Nº BAA** 183312
IDADE 59 **SEXO** M **ETNIA** Pardo
CARTÃO SUS - **ESTADO CIVIL** Casado(a)
CPF 315.252.614-87 **RG** 550407 - SSP
NOME DA MÃE JOSEFA MARCOLINA DA COSTA
NOME DO PAI RAIMUNDO JACINTO DA COSTA
NASCIMENTO 11/10/1956 **NATURALIDADE** Santana do Matos-RN
TELEFONE (84) 8747-2961 **PROFISSÃO** OUTROS
RUA/AV. Rua Dantas Barreto **Nº** 896
COMPLEMENTO - **BAIRRO** Cidade Nova
CEP 59072-590 **CIDADE** Natal-RN
ORIGEM Ambulância - SAMU **MOTIVO** Atropelamento / Por Ônibus
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Francisco

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de atropelamento, operando TCE leve + perda de consciência. Deformidades em membros inferiores + dor em coluna lombar.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A. *Arteriais normais*
B. *Respiração espontânea*
C. *Reflexos presentes*
D. *Força de membros superiores*
E. *Força de membros inferiores*

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Adm. fluids mobiliz.
Tórax inspec. Ar. sem alterações
Relax. inspec. dor mobilização
Exortocoe em face.

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
	100x60					15	

DIAGNÓSTICO INICIAL

TCE +

CID

Copyright © 2016 - Sistema Amazon 1 (84) 9613-4442

TOMOGRAFIA

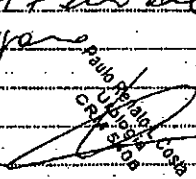
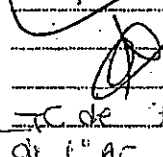
Realizado em: 04/06/16 17:46
Técnico: *Thiago F. dos*
Firmado: *Adriano L. C. Torres*
Assinado: *Patricia*

04/06/16
Técnico: *Adriano*

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 05/06/2016
SEAP-MAT Nº 183312

04/06/2016 11:11

PROTOCOLO RECEBIDO
04 ABR. 2017
SECRETARIA DE SAÚDE

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	
A (ALERGIAS): <u>Não</u> M (MEDICAÇÃO EM USO): _____ P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____ L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): _____ A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____ V (PASSADO VACINAL): _____	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) *** - TC crânio, cervical + tórax. - Rx pulmão AP - Rx pulmão D. Ant. perfil - Rx pulmão E. Ant. perfil CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) - Taxoxona 4mg OPA + 10AB35 N. 45 - Tetracel 400mg + 100ml SC v. 9.2 N. 45 - UAS.  Paulo Roberto Costa CRM 19.554-0/SP	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS OBS: NÃO REMISSÃO DO SORFIO DO JÚNHO DEVIDO A ZIMINÇÃO DO PACIENTE OUTROS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM M. 45  Dr. Mariana Borges CRM 19.554-0/SP
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1: <u>Ortopedia</u>	HORA: <u>13:25h</u>	DATA: <u>4/6/16</u>
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

MÉDICO (Carimbo)

O preenchimento correto do formulário de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada. Um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde. Contribua para a melhoria da assistência no HNMV.



CONF. COM ORIGINAL
MANUARN,
CLASSEÇÃO DO TEE
FAPLS 2003)
Aguarda (novos dados)
Indicando imediatamente
do moderador,
16-10-2000

Assinatura e Carimbo do Pesadorável

CONF. MAT. Nº 125/2000

* Referência: TONZILAS, JEANET. B.
Anual period. de 1999

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

*Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de validade para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptação de Chesington H.R. Secco WJ. Capen, et al; A revision of the Trauma score. J Trauma 29:8 574, 1983.

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

PROTOCOLO
RECEBIDO
04 ABR. 2017
ARAUNA SEGUROS S/A



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

EVOLUÇÃO
MULTIDISCIPLINAR

Nome: Jôni Fco do Cabo

Leito:

Idade:

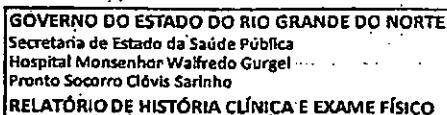
Nº Registro:

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
05.06.16	# cirurgia Geral. 1º DPO de DT D. Paciente em estado crítico com lesões até o umbigo. Sono, apnéia e FE preservada. Ao Exame: REG. fômites de cda, língua, dentes, amígdalas, glossofaringe. ACV. ABD: sem alterações. MMSS: com fixação bilateral. DP: MV @ pulmão R/PA. Dreno: dreno e com secreção verde, de fezes - 300ml. # ED: LPA.
06.06.16	# cirurgia Geral. 2º DPO de DT D. Paciente em estado crítico com lesões até o umbigo. Sono, apnéia e FE preservada. Ao Exame: REG. língua, dentes, amígdalas, glossofaringe e hipofaringe. AP: MV @ pulmão e sem PA. Dreno: dreno 300ml, com secreção verde. # CD: RPA.

Dra. Mayara Borges
MR Cirurgia Geral
CRM/RN - 0529Dra. Mayara Borges
MR Cirurgia Geral
CRM/RN - 0529CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 06/06/16
SESAP. MAT. N. 1529

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas científicas, contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

PROTOCOLO
RECEBIDO
04 ABR. 2017
ARAUNA SEGUROS S/A



Nº Registro:

Idade:

Leito:

HISTÓRIA CLÍNICA

2. Abstraktion

do 4 h. Paulo, 54 anos, internado sob acompanhamento por síndrome do Cere.

Realizado AtiS e TE de 15/01/2024 para atualização do Plano de Trabalho Pedagógico Anual (PTPA) e do Projeto Político Pedagógico (PPP) da Escola Municipal de Educação Infantil (E.M.E.I.) de São João do Rio Preto.

APP: masa conclusiones principios

Ao Excmo: REG. JORN. de de. Miguel Condado, Juiz de Direito, Juízo de 1ª Instância, comarca de São Paulo, Estado de São Paulo, para que se proceda a expedição de certidão de arquivamento e remessa ao P.P.P.

AD: PUR, 2T, RNF, SS.

AP. MV (+) , durante a expansão

ABD e null: zona cunoscută

Rx ok HNSG. Understands. Wants to drink water.

CD: (i) Ao CC. não descrevem
de texto e redução de natureza.

Dr. Mayara Borges
MAR Unileva Gera.
CRM/RN 2529

Pr. Objekt a

DK: Fz lateral des perior

Reduzate reducerea + facerem o. fur de 10

(C) Alla la storia in me

As unfein. la catedral

Dr. Hausemann Moritz
Orthopädiste - Traumatologe
CRM 5314 - SBO 12213

PROTOCOLLO
RECEBIDO
U4 ABR. 2017
AROUND AROUND.COM

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	
A (ALERGIAS): _____ M (MEDICAÇÃO EM USO): _____ P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____ L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): _____ A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____ V (PASSADO VACINAL): _____	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) *** 	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) 	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

MÉDICO (Carimbo)

O preenchimento correto do sistema de encaminhamento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde. Contribua para a melhoria da assistência no HANIG.



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO - 13799



PACIENTE	JOSE FRANCISCO DA COSTA				
CARTÃO SUS		Nº	13799		
IDADE	89	SEXO	M	ETNIA	Pardo
NOME DA MÃE	JOSEFA MARCOLINA DA COSTA				
NOME DO PAI	RAIMUNDO JACINTO DA COSTA				
RUA/AV.	Rua Carlos Barreto	Nº	896		
COMPLEMENTO		BAIRRO	Cidade Nova		
CEP	59072-590	CIDADE	Natal-RN		
ESPECIALIDADE	Chirurgia geral	UNIDADE	Politrauma		
USUÁRIO	Francisco	LEITO	012		

ADMISSÃO 04/06/2016 13:34 ALTA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____ DIAS DE PERMANÊNCIA ____

DIAGNÓSTICO INICIAL

DIAGNÓSTICO FINAL

FERRE COM ORIGINAL
RN 29/03/2008

Notch: 1/1

~~Assinatura do médico responsável - ERN~~

04/06/2016 13:35

04/06/2016 13:35
PROTOCOLLO
RECEBIDO
U 4 ABR. 2017
ADJUNTO Nº 10 de 2017

O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO É A AVALIAÇÃO DETALHADA CRITERIOSA DO PACIENTE (DA CABEÇA AOS PÉS), VEJA, NÃO APENAS ESCUTE; SINTA, NÃO APENAS TOQUE.

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	
A (ALERGIAS): _____	
M (MEDICAÇÃO EM USO): _____	
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____	
L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): _____	
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____	
V (PASSADO VACINAL): _____	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

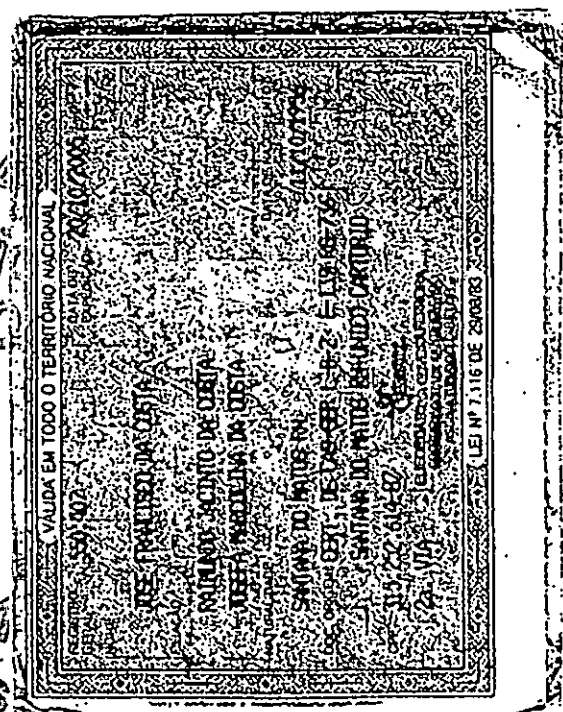
CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL, REQUISICIONADO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXE AO BOLETIM.

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

O preenchimento do boletim de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribuindo para a melhoria da assistência no HMWG.



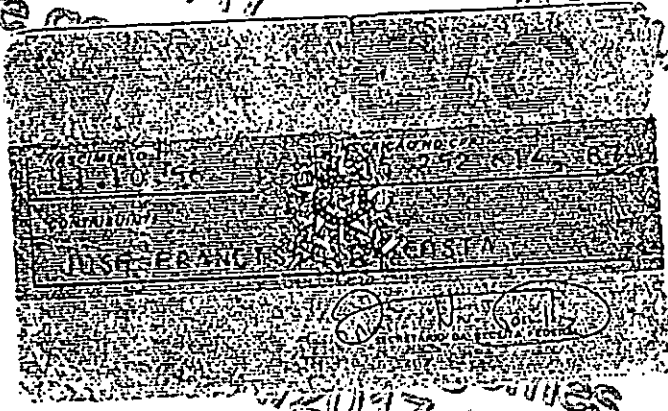


SL-0088988/1
silene.gomes
04/04/2017 11:06:13

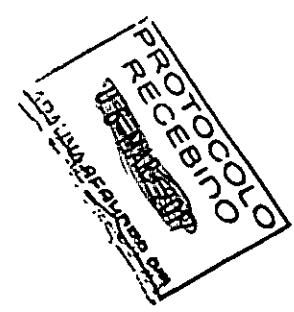
DOCUMENTO 5 *T596*



ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:06:13

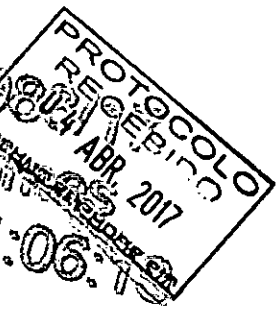


SL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:06:13



ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:06:13

ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:06:13



(8) **Alexandro Marcondes Filho**



Robert D. Levine

ALTERNATIVE (ON BOARDING)

Series..... 4296

Número.....066335

ASSINATURA DO PORTADOR

Chegada ao Brasil em
 Doc. Ident. N.º Exp. em/...../.....
 Estado
 Obj.
 Data Emissão DRT
 Assinatura do Funcionário

Name
Doc.
Name
Doc.
1- Nome
Doc.
Est. Civil
Nome
Doc.
Est. Civil
Doc.
Nascimento
Doc.

PROT. RECEB.
4 ABR. 2017
SECRETARIA DE JUSTIÇA

ASL
JOSÉ CARLOS
GOMES

PROTOCOLLO
RICEVUTO
U 4 APR. 2017
ASSEMBLEA REGIONALE

ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 01-27-17 BY 60322
10427

DOCUMENTO 3 "T3"



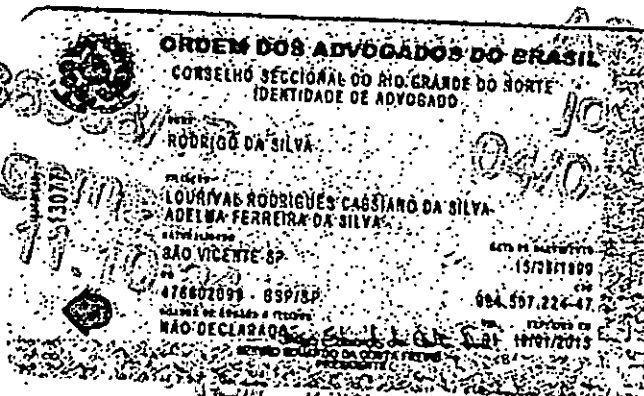
ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:10:24



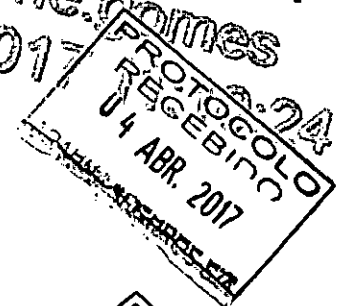
ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:10:24

ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:10:24

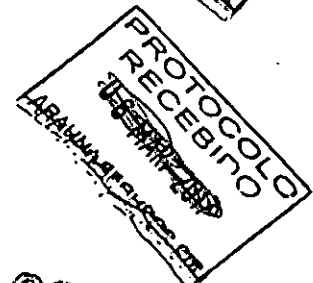
ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:10:24



ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:10:24



ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:10:24



ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:10:24

ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:10:24

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170192769

Data do acidente: 04/06/2016

Vítima: JOSE FRANCISCO DA COSTA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Natal

UF: RN

Análise: Primeira Análise

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data: 19/04/2017 14:55:43

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA
MAO FRAT DE OUTR PARTES E DE
PARTES NE PUNHO MAO -

Internação: Não**Tratamento:** CIRURGICO**Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO)	320,00	0,00
Materiais			375,00	75,00
Medicamentos			950,00	0,00
Farmácias			105,03	105,03
Total da Análise Atual			1750,03	180,03

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:**

A COBRANÇA DE CONSULTA SÓ É AVALIADA COM RELATÓRIO MÉDICO CORRESPONDENTE. FALTA DISCRIMINATIVO ESPECIFICANDO VALORES E QUANTIDADE DE CADA DESPESA REALIZADA NOS RECIBOS NOS VALORES DE R\$ 250,00, R\$ 150

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: JOSE FRANCISCO DA COSTA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	1750,03	180,03	180,03
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	1750,03	180,03	180,03

TOTAL PLEITEADO: 1750,03**TOTAL AVALIADO:** 180,03**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 180,03

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO

GERENTE**CRM:** 52.49515-5/RJ

JOSE VITAL SOARES

SUPERVISOR



SILVA E CAVALCANTI
ADVOCACIA

ASL-00280000

ASL-00280000

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE FRANCISCO DA COSTA, brasileiro, inscrito no CPF nº 315.252.614-87 e cédula de identidade sob o nº 550.407 residente e domiciliado na Rua Professor Ferreira Jales, nº 210, Bairro Centro, São Rafael, CEP: 59.518-000.

OUTORGADO: RODRIGO DA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-RN sob o nº 13.077; ADOLFO MAGALHÃES CAVALCANTI, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-RN sob o nº 12.649, ambos com endereço profissional na Rua Aníbal Correia, 2525, Edifício Squali, sala 205, Bairro Lagoa Nova, Natal/RN, CEP 59.064-340, onde recebe intimações.

PODERES:

O outorgante confere aos outorgados todos os poderes com a cláusula *ad judicia et extra*, para representá-lo em conjunto ou separadamente, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, a nível judicial e administrativo, com poderes para apresentar defesa, contestação, transigir, interpor recursos, requerer diligências ou desistência, requerer realização de provas, requerer justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015. Poderes específicos para tratar, requerer, assinar papéis e documentos que se faça necessário para fins de SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT a que têm direito o OUTORGANTE, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela SEGURADORA LÍDER, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, tendo também poderes específicos para requerer e receber junto ao CPRE, complemento do BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT, podendo viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do OUTORGANTE junto à rede bancária, bem como executar e inclusive substabelecer, no todo ou em partes os poderes ora outorgados, e tudo o mais que se constitua como necessário para o bom desempenho de tal mister, o que tudo será dado como bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

Natal (RN), 10 de Novembro de 2016.

JOSE FRANCISCO DA COSTA
CPF: 315.252.614-87

NATAL CARTÓRIO 7º OFÍCIO DE NOTAS. Rua Lúcio Costa 3006
R. Lúcio Costa 3006, 5515-100, Natal - RN. Fone: 33.078-375 - 33.078-376

Reconheço AUTÊNTICA a firma de JOSE FRANCISCO DA COSTA, assinada na presença. Dou fé.

Natal, 14 de Novembro de 2016.

Em testemunho

ESCREVENTE AUTORIZADO

da Verdade.

Valéria de Lima Cid Medeiros

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

CPF: 481.522.184-72
ESCREVENTE AUTORIZADA

PROTOCOLO
RECEBIMOS
04 ABR. 2017

PROTOCOLO
RECEBIMOS
04 ABR. 2017

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 180,03

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FRANCISCO DA COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03777-X

CONTA: 000000041166-3

Nr. da Autenticação F1A2E8068D9102E2