

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 25 de Março de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190211156**

**Vítima: KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS**

**Data do Acidente: 30/03/2018**

**Cobertura: DAMS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS**

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190211156**

**Vítima: KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS**

**Data do Acidente: 30/03/2018**

**Cobertura: DAMS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

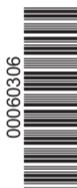
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190211156**

**Vítima: KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS**

**Data do Acidente: 30/03/2018**

**Cobertura: DAMS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS**

**Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:**

**Recebedor: KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS**

**Valor: R\$ 2.700,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000003064**

**Conta: 0000050847-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

093.066.294-60

Nome completo da vítima:

Kleyson Rafael Cavalcante de m.

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

Nome completo:

Kleyson Rafael Cavalcante de m.

Profissão:

Baix

E-mail:

ablmaria.adv@gmail.com

Endereço:

Sítio corrego morroco

Cidade:

morroco

Estado:

RN

CPF:

093.066.294-60

Número:

185

Complemento:

Zona Rural

CEP:

59600-003

Tel.(DDD):

(84) 9.8773-3710

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3064

CONTA: 000.50847

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, 25/10/2019

Nome:

CPF:

(\* ) Assinatura de quem assina o ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura

2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. TERRA DO SAL

DATA: 28/12/2018

HORA: 13:16:56

TERMINAL: 30641021

CONTROLE: 306410210502

AGÊNCIA: 3064 - TERRA DO SAL

CONTA : 013.00050847-0

CLIENTE: KLEYSON RAFAEL C DE MORAIS

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

LÍMUS DE POUPANÇA POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
19/12	1.344,00C
20/12	69,55C

RESUMO EM 27/12

SALDO 1.413,55

RESUMO DO DIA

SALDO COM LIMITE 1.413,55C

SALDO TOTAL 1.413,55C

"Pense antes de imprimir, conserve o meio ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)





# 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: 29/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

### \*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 00000050847-0

---

Nr. da Autenticação 4E7ADF459C6E7872

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 7308 - KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS (24 a 2 m. 10 d.)

Nascimento: 21/01/1994

Natural: PATU.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 702608780304848

CPF: 09306629460

Prof:

Mãe: EDILENE BATISTA DE MORAIS CAVALCANTE

Pai: JOSE JORGE CAVALCANTE FILHO

Logradouro: SITIO CORREGO, 1

Bairro: ÁREA RURAL DE MOSSORÓ

Cidade: MOSSORÓ

CEP: 59649899

Telefone: 84.994507813 84 994507813

Com:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Origem: FAMILIA

Empres.:

OBS:

Classificação: 31/03/2018 23:03:42 PESO:

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

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: vítima de acidente automobilístico, com lesão de face, movimentos de membros preservados.

Hora: 23:15

Paciente vítima de colisão moto x carro há 4 horas. Sem capacete e alcoolizado.

A - Uma ferida perna direita ferida contusão.

B - MV+, labirintite, SRA SatO2 = 98%

C - RCR, 2+, BNP 55, FC = 122 bpm

D - ECG = 14, pupilo irracional fotoreagente

E - Extasições em face, membros inferiores e

PROTÓCOLO  
RECUPERAÇÃO

20 MAR. 2018

TRATAMENTOS

membros superiores

Consulta: Sobe leito TC de exame

Rx de tórax → Sem alterações.

Vulniferação da NCR e BNP

Diagn. Inicial:

PREScrição:

- ① Dipirona 500mg/1ml - DIAMP + ABP
- ② SF 0,9% - 2000ml
- ③ Alta s/ dor (injeção) gual

VIA HORÁRIO ASSINT.  
 JV 3:30  
 JV C

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
 ESTA CONFORME O ORIGINAL  
 SAME MOSSORÓ 31/03/2018  
 BIA  
 SAME/ARQUIVO

Dr. Filipe C. L.P. de Matos  
 Cirurgia Geral - 2018  
 CRM: 61.2018

\*Saída: - ( ) Alta por decisão médica; ( ) Internação; ( ) Enc.outro Serviço; ( ) Evasão  
 Data: \_\_\_ / \_\_\_ /18. Hr: \_\_\_ : \_\_\_ Ass. Médico: \_\_\_

~~ANCR~~

Paciente com:

Paralisia cerebral p- colecção metacraneo  
com desequilíbrio do sistema + acometimento.

GCS 14, PEP 20, SI ON FICAR FOCO

TC crânio: Enorme膨脹 do crânio orbita = SDR  
+ zonas ZSR + maxilla -se. S- lesões menores.  
Cranioss 150 mm.

Prato da NFT.

Procedência BMF

Dr. Timóteo Almeida  
NEUROCIRURGIÃO  
CREMERN - 8632

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 04/06/2018  
BAN

SAME/ARQUIVO



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

**NOTA FISCAL** | **FATURA** | **CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Mermoz, 150, Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.198/0001-81 | Ins. Est. 2005199-0 | www.cosern.com.br

## DADOS DO CLIENTE

LUCICLEIDE MOURA DA COSTA PEREIRA

CPF: 037.103.624-07

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásica

Nº DO NOTA FISCAL	SÉRIE	DATA
006918402	ÚNICA	23/05/2018
DATA DE EMISSÃO	DATA DO CONTEÚDO	DATA DA INSTALAÇÃO
23/05/2018	3000858979	569851

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI CORREGO MOSSORÓ 185

ZONA RURAL/ÁREA RURAL  
MOSSORÓ RN  
59600-001

CONTATO CONTRATO	MES/ANO
03530003140	05/2018
DATA DE EMISSÃO	DATA PREVISTA PAGAMENTO
01/06/2018	22/06/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	182,27

## DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo(kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acréscimo Bandeira AMARELA	247.000000	0,83988554	158,05
Contribuição Iluminação Pública			2,51
Multa por atraso-NF 004003818 - 23/03/18			14,47
Multa por atraso-NF 005455332 - 23/04/18			2,54
Juros por atraso-NF 005455332 - 23/04/18			2,70
Juros por atraso-NF 004003818 - 23/03/18			0,45
Atualização IGPM-NF 005455332 - 23/04/18			0,78
Atualização IGPM-NF 004003818 - 23/03/18			0,25
			0,54

## TOTAL DA FATURA

182,27

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	CAT	ANTERIOR	DATA	LEITURA	ATUAL	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
215092613			23-04-2018		659,00		23-05-2018	665,00	30	1.00000		247,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MAI18	247	Gerador de Energia	R\$ 55,95
ABR18	246	Transmissão	R\$ 7,78
MAR18	238	Distribuição (Cosern)	R\$ 38,91
FEV18	228	Percda de Energia	R\$ 9,92
JAN18	235	Encargos Sistóla	R\$ 10,39
DEC17	223	Tributos	R\$ 39,90
NOV17	210	Total	R\$ 160,00
OUT17	216		
SET17	187		
AQO17	204		
JUL17	194		
JUN17	221		
MAI17	223		

4666 A89D.C1D9 9E3C A81C C2DF.1514.DEB0

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
Informações sobre a destinação da tarifa social de energia elétrica e a bandeira amarela. Mais informações: [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br). O cliente é compensado quando há redução individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagão, em atraso, gerar multa 2% (dois e cinquenta centavos) diária, devidamente atualizada, no valor da fatura para os pedidos de desconto comercial.

Não existem débitos de 2017. A tarifa social é destinada a consumidores que residem na Comunidade do Conselho de Bem-Estar Social da União dos Conselhos Municipais (Cebem) e que tenham renda mensal (Art. 4º, I, da Lei 2.007/00). Esta documentação não pode ser utilizada para fins de cobrança de dívidas nem reduzir a execução judicial ou fiscal de outras competências.

MÊS	CONJUNTO	DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				NÍVEIS DE TENSÃO				
		VÁLIDO/18	APÓDICO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL		LIMITE NOMINAL	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	MÁX/02	MÁX/01
DIC		1,00		7,59	15,19	42,34	220			
FIC		5,51		5,88	0,00	30,99				
DAMIC	Límite DIC/2018	6,60	EUD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 58,58		0,00					

03530003140  
CONTATO CONTRATO MÊS/ANO 05/2018 DATA DE EMISSÃO 01/06/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 182,27  
83630000031282270038400-8 853003140204 00974385263-3





HOSPITAL SAO LUIZ LTDA

Hospital São Luiz

MOTA NETO,  
AEROPORTO, MOSSORÓ/RN - 59607-310  
CNPJ: 16.579.954/0001-30  
(84) 3314-7407 - ( ) -

Atendimento: E09484  
Data: 02/04/2018  
Funcionário: ANE

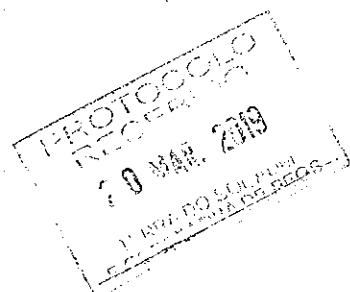
**Recibo:**  
Registro: 8209  
Hora: 08:24:00

End.:CORREGO MOSSORO, 0 -

	Serviços Realizados	Preço
02/04/2018	AGUA BI-DESTILADA INJ.10ML (ABD)	3,00
02/04/2018	AGUA BI-DESTILADA INJ.10ML (ABD)	3,00
02/04/2018	15:05 AGUA BI-DESTILADA INJ.10ML (ABD)	9,00
02/04/2018	15:08 AGUA BI-DESTILADA INJ.10ML (ABD)	1,00
02/04/2018	15:05 CEFALOTINA 1G INJ. (CEFLLEN)	16,00
02/04/2018	15:05 CEFALOTINA 1G INJ. (CEFLLEN)	48,00
02/04/2018	15:08 CEFTRIAXONA 1G SOL. INJ. 10ML	16,00
02/04/2018	15:08 CEFTRIAXONA 1G SOL. INJ. 10ML	16,00
02/04/2018	15:08 CETOPROFENO 100MG, PÓ LIQÜILIZADO INJETÁVEL	39,20
02/04/2018	15:08 CETOPROFENO 100MG, PÓ LIQÜILIZADO INJETÁVEL	47,79
02/04/2018	15:10 CIPROFLOXAQUINO INJ. 200MG/100ML	18,00
02/04/2018	15:10 CIPROFLOXAQUINO INJ. 200MG/100ML	18,00
02/04/2018	15:10 CLINDAMICINA, FOSFATO 150MG/ML AMPOLA 4ML	5,00
02/04/2018	15:10 CLINDAMICINA, FOSFATO 150MG/ML AMPOLA 4ML	5,00
02/04/2018	15:07 CLORETO DE SODIO 0,9% 100ML (SORO)	10,00
02/04/2018	15:07 CLORETO DE SODIO 0,9% 100ML (SORO)	10,00
02/04/2018	15:08 CLORETO DE SODIO 0,9% 100ML (SORO)	10,00
02/04/2018	15:11 CLORETO DE SODIO 0,9% 500ML (SORO)	10,00
02/04/2018	15:11 CLORETO DE SODIO 0,9% 500ML (SORO)	10,00
02/04/2018	15:11 DIPIRONA 500MG/ML 2ML	3,00
02/04/2018	15:07 DIPIRONA 500MG/ML 2ML	12,00
02/04/2018	15:09 DIPIRONA 500MG/ML 2ML	12,00
02/04/2018	8:24 HEMOGRAMA	19,08
02/04/2018	8:24 OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL.	50,00
02/04/2018	15:11 TAXA DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	300,00
02/04/2018	15:11 TOMOGRAFIA FACE SEM CONTRASTE	60,00
02/04/2018	14:42 VISTA MEDICA AO APARTAMENTO/JENF	300,00
02/04/2018	15:12 665	60,00

Sub-Total: 771,27  
Desconto:  
**Total: 771,27**

Identificação:	E09484	INTERNADO	Coletado:	Data: 02/04/2018
Paciente:	KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS		Sexo:	MASCULINO
Medico(a):	DARIO GIORDANO DE OLIVEIRA SOUZA		Idade:	24 ANOS, 3 MESES, 11 DIAS
Convênio:	PARTICULAR	Leito: OF01 Enfermaria: OF	Impresso:	02/04/2018
<b>PROGRAMA</b>				
anal:				
odo:				
<b>ROGRAMA</b>				
RÓCITOS	4,71 milhões/mm <sup>3</sup>		4,5 a 6,7 milhões/ul	
IGLOBINA	13,9 g%		13,0 a 18,0 g/dl	
IATÓCRITO	42,5 %		41,5 a 54,7 %	
M	90,23 l <sup>3</sup>		82,0 a 92,0 l	
M	29,51 pg		27,0 a 31,0 pg	
CM	32,71 %		32,9 a 36,0 g/dL	
ERVAÇÕES				
<b>COGRAMA</b>				
RÓCITOS	11650 mm <sup>3</sup>		5.000 a 10.000 /ul	
ÓCITOS	0 %	0		
AMIELÓCITOS	0 %	0	0 a 100 /ul	
TONETES	2 %	233	150 a 600 /ul	
VIENTADOS	78 %	9087	2.750 a 6.500 /ul	
ÓFILOS	0 %	0	0 a 100 /ul	
NÓFILOS	1 %	116,5	55 a 220 /ul	
ÓCITOS	17 %	1980,5	1.000 a 3.200 /ul	
ÓCITOS	2 %	233	200 a 800 /ul	
ÓCITOS ATÍPICOS	0 %	0		
TAGEM GERAL	100,00		100%	
QUETAS	202.000 /mm <sup>3</sup>		150.000 a 400.000 /ul	
ERVAÇÕES				
SERVAÇÃO GERAL:				



CRF 3569 - ANE COSTA LINHARES NO NASCIMENTO  
Laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advia 601 com revisão em lamina) Biocimica (Bio 200)

*(Assinatura)*

**HOSPITAL SAO LUIZ LTDA**

MOTA NETO,  
AEROPORTO, MOSSORÓ/RN - 59607-310  
CNPJ: 16.579.954/0001-30  
(84) 3314-7407 - ( ) -

**Recibo**

Atendimento: I01478  
Data: 10/04/2018  
Funcionario: CLAUDIA1

Registro: 8209  
Hora: 07:31:00

Sexo: MASCULINO

**PARTICULAR**

CPF: 093.066.294-60 - RG: 003012729  
Civil: CASADO(A) CEP: 59600-  
Cidade: MOSSORÓ UF: RN IBGE: 2408003

**KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS**

Nasc.: 21/01/1994 Idade: 24 ANOS, 3 MESES, 20 DIAS Profissão:  
End.: CORREGO MOSSORÓ, 0 - Bairro: ZONA RURAL

**Serviços Realizados**

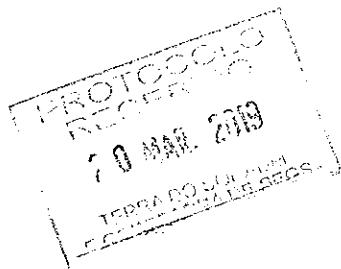
10/04/2018	7:39	753	FRATURA DE OSSO ZIGOMATICO	1,00	1.500,00	1.500,00
------------	------	-----	----------------------------	------	----------	----------

Sub-Total: 1.500,00

Desconto:

Total: 1.500,00

Cláudia  
HOSPITAL SAO LUIZ LTDA



Solicito para Gleison Rafael Co  
compte

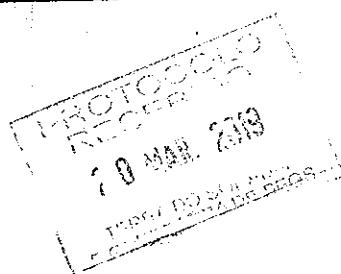
- ① Hemoferina
- ② Coagulofarma
- ③ Glicemina em fogo

meds Pre - Op.

02/04/18

27. Ailton Albuquer  
QUERIDÃO SUCOMAR  
MM. ANTOD  
ECC

CNPJ: 16.579.954/0001-30  
Av. Mota Neto, 26 | Bairro Aeroporto | Mossoró-RN | Fone: (84) 3314-7407



Kleyton Lohael Souza de Freitas

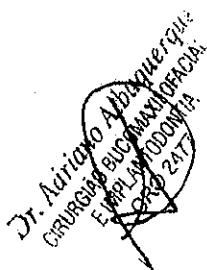
24 anos



Script para Klerson Rosel Cordeiro

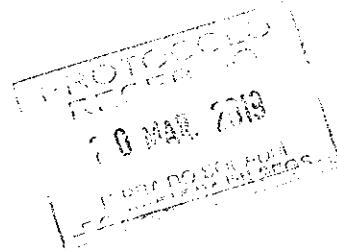
D) ECG + parcer Cardiologico

End: Pre - op



02/04/10

CNPJ: 16.579.954/0001-30  
Av. Mota Neto, 26 | Bairro Aeroporto | Mossoró-RN | Fone: (84) 3314-7407



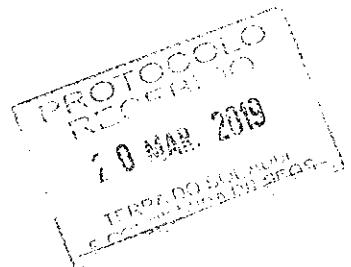
## RECIBO

**VALOR DO RECIBO: R\$ 1.400,00**

Recebi de Kleyson Rafael C. De Morais de CPF 093.066.294-60 o valor de R\$1.400,00 (UM MIL E QUATROCENTOS REAIS) referente à auxílio de tratamento cirúrgico.

Edson Fernandes Jales

EDSON FERNANDES JALES  
CPF 596.179.264-15  
CRO-RN 1417



Mossoró, 10/04/2018

**Dr. Adriano  
Albuquerque**

Cirurgião Bucomaxilofacial  
Implodontista  
CRO/RN 2477



**Dra. Maria  
Teresa**

Periodontista  
Dentística  
CRO/RN 2646



**RECIBO**

**R\$5.200,00**

Recebi de Kleyson Rafael C. De Moraes de CPF 093.066.294-60 o valor de R\$5.200,00 ( Cinco Mil e Duzentos Reais), referente à tratamento cirúrgico de fratura de zigoma esquerdo.

Dr. Adriano Albuquerque  
CIRURGÃO BUCOMAXILOFACIAL  
IMPLANTODONISTA  
CRO/RN 2477

**Adriano E. C. de Albuquerque**

**CPF 028.354.004-43**

**CRO/RN 2477**



**Mossoró, 10/04/2018.**

**Edifício West Clinical Center**  
Rua: Duodécimo Rosado, 337 | Sala 107  
Doze Anos | Mossoró/RN  
Fones: (84) 3314.0868 / 98899.8023



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ  
SECRETARIA DA FAZENDA  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Nº da Nota 000007423	Nº da Substituída
Data/Hora de Emissão 11/04/2018 às 15:26:33	Competência ABR/2018
Código de Verificação GGRAB4416	Data Prest. de Serviço 11/04/2018

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ: 07.275.740/0001-80 Inscrição Municipal: 009.952-0

Razão Social: CLINICA DE ANESTESIOLOGIA DE MOSSORÓ LTDA

Endereço: RUA 6 DE JANEIRO, 5, 59611-070, NOVA BETANIA

Município: Mossoró UF: RN

Telefone: 8433141552 E-mail: cam.anestesia@gmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS

CPF/CNPJ: 093.066.294-60 Inscrição Municipal:

Endereço: SÍTIO CORREGO , S/N, 59600-010, ZONA RURAL

Município: MOSSORÓ UF: RIO GRANDE DO NORTE

Telefone: 84000000000 E-mail:

SERVIÇOS

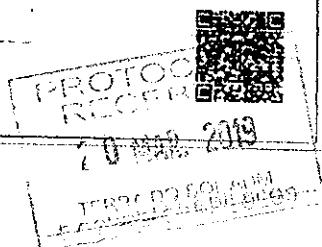
4.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

ITEM	DESCRÍÇÃO	QUANT.	VLR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	ANESTESIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ZIGOMÁTICO. REALIZADA DIA 10/04/2018.	1,00	900,00	900,00

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$: 900,00

Deduções (R\$) 0,00	Base Cálculo (R\$) 900,00	Alíquota (%) 5,00	Valor do ISS (R\$) 45,00	Outras Retenções (R\$) 0,00
INSS (R\$) 0,00	IRPJ (R\$) 0,00	CSLL (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00	PIS/PASEP (R\$) 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES



PAGO

Em 24/04/2018

**HOSPITAL SAO LUIZ LTDA**

MOTA NETO,  
AEROPORTO, MOSSORÓ/RN - 59607-310  
CNPJ: 16.579.954/0001-30  
(84) 3314-7407 - ( ) -

**LEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS**

asc.: 21/01/1994 Idade: 24 ANOS, 3 MESES, 11 DIAS Profissão:  
Id.: FRANCISCO DE ARAUJO PINTO, 21 CONJUNTO Bairro: SANTO ANTONIO

Atendimento: I01460  
Data: 01/04/2018  
Funcionario: CLAUDIA1

**Recibo**

Registro: 8209  
Hora: 14:56:00

Senha 0

Sexo: MASCULINO

**PARTICULAR**

CPF: 093.066.294-60 - RG: 003012729

Civil: CASADO(A) CEP: 59600-01  
Cidade: MOSSORÓ UF: RN IBGE: 2408003

**Serviços Realizados**

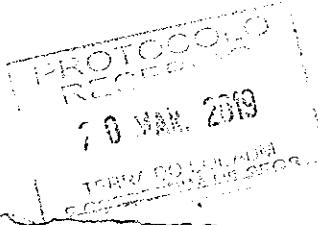
7/04/2018	15:09	516	CONSULTA CLINICO GERAL	1,00	150,00	150,00
/04/2018	15:09	804	DIARIA CLINICA DE ENF. C/ PACOTE	1,00	160,00	160,00
/04/2018	15:09	193	TAXA DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	1,00	50,00	50,00

Ib-Total: 360,00

Desconto:

Ital: 360,00

HOSPITAL SAO LUIZ LTDA



**Dr Adriano  
Albuquerque**

Cirurgião Bucomaxilofacial  
Implantodontista  
CRO/RN 2677



**Dra. Maria  
Teresa**

Periodontista  
DENTUSCI  
CRO/RN 2666

## **REQUISIÇÃO DE EXAME**

Solicito para **KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS**

1. Radiografia de Face (PA e perfil)

**INDICAÇÃO:** controle pós-operatório

Dr. Adriano Albuquerque  
Cirurgião Odontólogo  
Implantodontista  
CRM/RN 2677

Mossoró, 24/04/18.

PROTOCOLO	RECERVO
20 MAR. 2019	
TERESA SOLADIA DENTUSCI	

**Edifício West Clinical Center**  
Rua: Duodécimo Rosado, 337 | Sala 107  
Doze Anos | Mossoró/RN  
Fones: (84) 3314.0868 / 98899.8023

*Victor Manuel Diaz Alvarado*

CARDIOLOGIA  
CRM 3545

Glossitas  
Ecocardiograma  
Eletrocardiograma  
UTI

## Risco Cirúrgico Cardiológico

Paciente KLEYSON TRAFAL CAVALCANTE DE MORAIS

- Idade: 24 Anos
- Cirurgia: TAC
- Queixas: Dor no peito
- Sintomas Cardíacos: Sim (-) Não (+)
- Medicação em Uso: Sim ( ) Não (-)
- Antecedentes Pessoais: Fumo (-) Cirurgia Recente (-) DM (-) Asma (-)
- Antecedentes Familiares: Sim (X) Não (-) DM

Exame Físico: Beg ( ) Acloratôico (X) Orientado ( ) Vigil (X)

- A.C: Rcr2t (X) Brf ( ) S/Gáspres (X)
- A.P: MV (X) Sem ruídos adventicia ( )
- P.A: 130/70 mmHg

Dr. Adriano Albuquerque  
CIRURGIA CARDIOVASCULAR  
CRM 3545  
ESTADUAIS 2477

Eletrocardiograma

- Ritmo: Sinusal: Sim (X) Não ( )
- F.C: +/- 75 bpm Normal Sim (X) Não ( )
- Eixo: 90 graus

\*\* Risco Cirúrgico Classe: I

Dr. Victor Manuel Diaz Alvarado  
CARDIOLOGIA CLINICA  
CRM RN - 3545

Victor Manuel Diaz Alvarado  
CRM 3545

Mossoró 04.04.2018

SOMOS

Rua Juvenal Lamartine, 640, Centro - Mossoró/RN - Fone: 84 3321.4088 0 MAR. 2018  
E-mail: diazalvarado@uol.com.br



Número : 0001116477

Nome : KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS  
Médico : ADRIANO ALBUQUERQUE  
Convênio: Particular - 01

Data de Cadastro: 04/04/2018  
Telefone: 8494507813  
Idade: 24 Ano(s)  
RG: 3012729

#### HEMOGRAMA COMPLETO

(Sangue Total EDTA)

##### SÉRIE VERMELHA:

(s)

	Valores Encontrados	Valores referenciais / idade: 24 Ano
Hemácias em milhoes/mm <sup>3</sup> .....	4,79	4,50 a 6,50
Hemoglobina g/dL.....	15,00	13,50 a 18,00
Hematócrito em %.....	45,50	40,00 a 54,00
Volume Corpuscular Médio em um <sup>3</sup> .....	94,99	80,00 a 98,00
Hemoglobina Corp. Média em pg.....	31,32	26,00 a 34,00
Concentração Hemoglobina em %.....	32,97	32,00 a 36,00
RDW em %.....	11,60	11,50 a 15,50

##### PLAQUETAS:

(s)

	Valores Encontrados	Valores referenciais / idade: 24 Ano
Plaquetas em mil/mm <sup>3</sup> .....	193,00	150,00 a 450,00
MPV em um <sup>3</sup> .....	10,20	6,00 a 10,00
PDW em %.....	18,00	8,00 a 18,00

Observação: Série vermelha sem alterações morfológicas. Plaquetas morfologicamente normais.

##### SÉRIE BRANCA:

(s)

	Valores Encontrados	Valores referenciais / idade: 24 Ano
Leucócitos em /mm <sup>3</sup> .....	% por mm <sup>3</sup> 6900	% por mm <sup>3</sup> 4.000 a 11.000
Linfócitos Típicos.....	25,00	20 a 45
Monócitos.....	8,60	1 a 11
Neutrof. Mielocitos.....	0,00	0 a 0
Neutrof. Metamielocitos.....	0,00	0 a 1
Neutrof. Bastonetes.....	2,00	0 a 5
Neutrof. Segmentados.....	63,30	45 a 70
Eosinófilos.....	1,10	1 a 6
Basófilos.....	0,0	0 a 2
Linfócitos Atípicos (ALY).....	0,00	0 a 2

Observação: Série branca sem alterações morfológicas.

Automação: ABX - Pentra 80

Dúvidas na interpretação ou inconformidades: Consulte-nos pelo fone 84 9.9666-4443

Dra. Fernanda Cinthia Diniz Texeira  
CRF 3258

PROTÓCOLO  
REC EMISSÃO  
20 MAR. 2013

Dr. Adriano Albuquerque  
MURGUL BUDOMATO DE SOUZA  
CRM 2471

**IMPORTANTE:** Os valores dos testes de laboratório sofram influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, etc. Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde. Somente o seu médico tem condições de interpretar corretamente os resultados.

(RA) 3222 2200 / 11111111



Numero : 0001116477  
 Nome : KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS  
 Médico : ADRIANO ALBUQUERQUE  
 Convênio: Particular - 01

Data de Cadastro: 04/04/2018  
 Telefone: 8494507813  
 Idade: 24 Ano(s)  
 RG: 3012729

RETRACAO DO COAGULO.....: Normal  
 (sangue) Método: Direto  
 Valores Referenciais: ( Normal )

TEMPO DE COAGULACAO.....: 9,00 minutos  
 (sangue) Método: Lee e White  
 Valores Referenciais: ( 5,00 a 12,00 ) minutos

TEMPO DE SANGRAMENTO.....: 2,00 minutos  
 Método: Duke  
 Valores Referenciais : ( 1,00 a 4,00 ) minutos

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTROMBINA- (TAP)  
 (Plasma Citratado) Método: Automacao ACL 7000

Tempo de Protrombina

Tempo do paciente.....: 9,6 segundos  
 Plasma Normal (PN).....: 9,2 segundos  
 Relacao PP/PN.....: 1,04 segundos

Atividade Enzimática.....: 94 %  
 Rel. Int. Normalizada (INR).....: 1,04

( 70 a 120 ) %

( menor que 1,20 )

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO  
 (Plasma Citratado) Método: Automacao ACL 7000

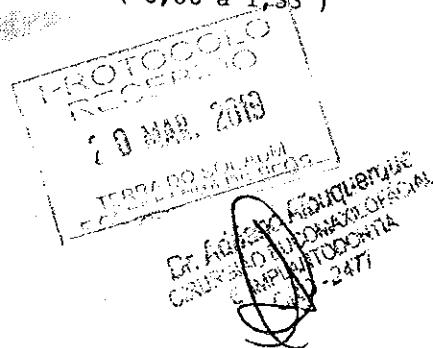
Tempo de Tromb. Parcial Ativada

Plasma Paciente (PP).....: 31,70 segundos  
 Tempo controle.....: 25,0 segundos  
 Relação PP/PN.....: 1,27

( 22,0 a 36,0 ) segundos

( 0,86 a 1,33 )

*Mall*  
 Dra. Bruna Vale  
 CRF - 2528



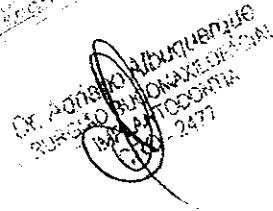
**IMPORTANTE:** Os valores dos testes de laboratório sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, etc. Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde. Somente o seu médico tem condições de interpretar corretamente os resultados.

Numero : 0001116477  
 Nome : KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS  
 Médico : ADRIANO ALBUQUERQUE  
 Convênio: Particular - 01

Data de Cadastro: 04/04/2018  
 Telefone: 8494507813  
 Idade: 24 Ano(s)  
 RG: 3012729

GLICOSE.....: 87 mg/dL  
 (soro) Automação: Adivia 1800  
 Valores referenciais: ( 70 a 99 )

Dra. Fernanda Cintra Diniz Texeira  
 CRM: 3258



**IMPORTANTE:** Os valores dos testes de laboratório sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, etc. Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde. Somente o seu médico tem condições de interpretar corretamente os resultados.

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA** Circular Susep 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Ovidiana: 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<sup>1</sup> 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 OIAF.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. <sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Antonio Wellington da Costa Filho

inscrito (a) no CPF/CNPJ 104.061.604.65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Kleyson Rafael Cavalcante de M inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.066.294-60

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Kleyson Rafael Cavalcante de M.

inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.066.294-60, conforme determinação da Circular Susep 445/12

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios

Recuso informar

Declaro \_\_\_\_\_ 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.

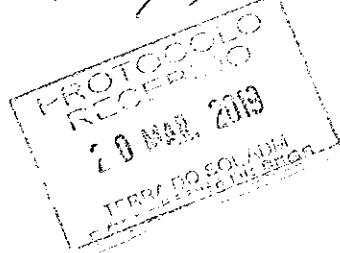
Endereço: Rua Santa Elza  
Bairro: Área Rural Cidade: Mossoró  
Email: abelmaiaadv@gmail.com

Número: 14 Complemento: Santa Elza  
Estado: RN CEP: 59600-003  
Tel.(DDD): (84) 9.8773-3770

Local e Data:

Assinatura do Declarante

Antonio Wellington da Costa Filho



#### · Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Bucicleide Maria da Costa Pereira,  
RG nº 002.044.880, data de expedição 08/07/2017  
Órgão SSP, portador do CPF nº 037.103.624-07, com  
domicílio na cidade de Mossoro, no Estado de  
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio Correço Mossoro, nº 185,  
complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Kleyson Rafael C. de Moraes cujo o condutor era  
Kleyson Rafael C. de Moraes.

Veículo: Moto

Véhicule: ~~JEEP~~  
Modèle: FAN 150

Modelo: JX3  
Ano: 2013

Ano: 2013  
Placa: 0250 764

Placa: UJ3013  
Chassi: 9C2KC5670DR475626

Classificação:

Local e Data: Molimô 07/06/2018

Bucifele Maura da Costa Pereira

Assinatura do Declarante

**Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )**

<b>5º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE MOSSORÓ - RIO GRANDE DO NORTE</b>
FABIANA DA SILVA MAGALHÃES - Notária Pública e Oficial dos Registros de Títulos e Documentos e Passos Jurídicos em Exercício
Rua Cel. Vicente Sobrinho, 83-A, Centro - Mossoró/RN - CEP: 59600-120 - Telefone: (84) 3316-1940 - E-mail: <a href="mailto:voçifromossoro@hotmail.com">voçifromossoro@hotmail.com</a>
<b>RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) Assinatura(s) do(s) Senhor(es):</b>
LUCICLEIDE MOURA DA COSTA PEREIRA..... Registro: 0107 122 00039375
Mossoró/RN, 07 de junho de 2016.

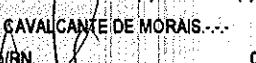
**5º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE MOSSORÓ - RIO GRANDE DO NORTE**

FABIANA DA SILVA MAGALHÃES - Notária Pública e Oficial dos Registros de Títulos e Documentos e pessoas jurídicas em Exercício  
 Rua Col. Vicente Sabóia, 83-A, Centro - Mossoró/RN - CEP: 59600-120 - Telefone: (84) 3316-1940 - E-mail: [voficiomossoro@bol.net.com.br](mailto:voficiomossoro@bol.net.com.br)

**RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) Assinatura(s) do(s) Senhor(es):**

KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS -... Registro: 0107 123 00039379

Mossoró/RN, 07 de junho de 2018.



Fabiana da Silva Magalhães  Késia Valéria da S. Galdino  Aluís Lígia da Sera A. Souza

Valido somente com selo de autenticidade. Encargos R\$2,97 (Resolução nº 04/2018-TJRN, de 21/02/2018)




CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 7308 - KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS (24 a 2 m 10 d)

Nascimento: 21/01/1994

Natural: PATU.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 702608780304848

CPF: 09306629460

Prof:

Mãe: EDILENE BATISTA DE MORAIS CAVALCANTE

Pai: JOSE JORGE CAVALCANTE FILHO

Logradouro: SITIO CORREGO, 1

CEP: 59649899

Bairro: ÁREA RURAL DE MOSSORÓ

Cidade: MOSSORÓ

Telefone: 84.994507813 84 994507813

Com:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Origem: FAMILIA

\*Empresário

OBS:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	Fio2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	PESO:	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: vítima de acidente automobilístico, com lesão de face. movimentos de membros preservados.  
 Hora: 23:15

Paciente vítima de colisão moto x carro há 4 horas. Sem capacete e alcoolizados.

A - Uva verda perna direita Cervicalgia

B - MV + , Palpitação forte, SRA SatO2 = 98%

C - RCR, 2+, BMP 55, FCC 122 bpm

D - ECG = 14, pupilo irracional fotorreagente

E - Escoriações em face, membros inferiores e membros superiores

Conoluta: Sobeito TC de crônico

Rx de torax → Sem alterações

Abordagem da NCB e BMP

Diagn. Inicial:

PROTÓCOLO  
RECEBIMENTO

30 MAR. 2018

1º TRABALHOS

PRESCRIÇÃO:

① Dipirona Forte 1ml - DIAMP + ABP

IV

3:30

② SF 0,9% - 2000ml

IV

③ Alta da emergência geral

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
 SAME MOSSORÓ 31/03/2018

SAMEARQVO

Dr. Filipe C. L. R. de Medeiros  
 Cirurgião Geral - ORTOPEDICO  
 CRM: 01.2225

\*Saída: - ( ) Alta por decisão médica; ( ) Internação; ( ) Enc.outroServiço; ( ) Evasão  
 Data: \_\_\_ / \_\_\_ /18. Hr: \_\_\_ : \_\_\_ Ass. Médico: \_\_\_\_\_



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

## **EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome: KLEYSON RAPHAEL CAVALCANTI DE MORAES Leito:

DATA	EVOLUÇÃO
01/04/2018	Paciente vítima de acidente de moto sem raporto TGB, consultante, orientado, sinais subjetivos de Fratura em FAL.
	Mantenha feraplastia mediana e mantenha

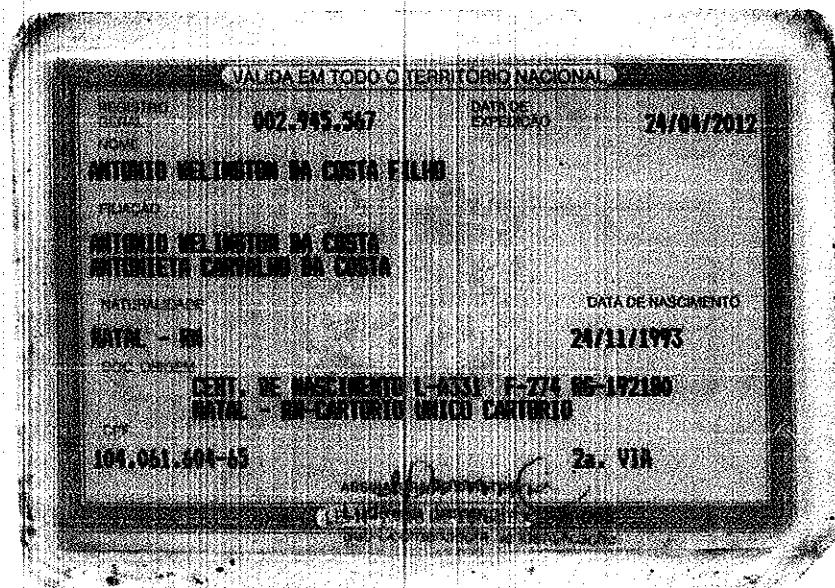
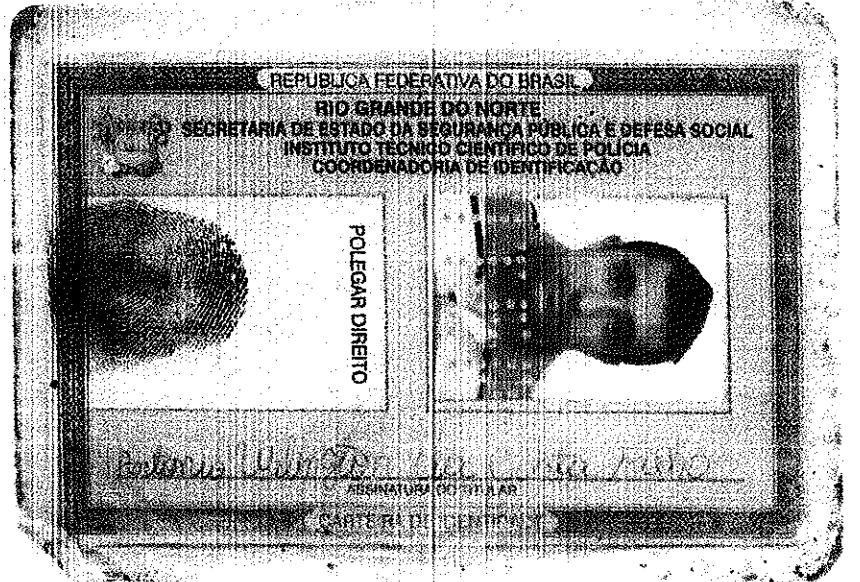
**Dr. Kamilo Agostinh**  
Cirurgião maxilofacial

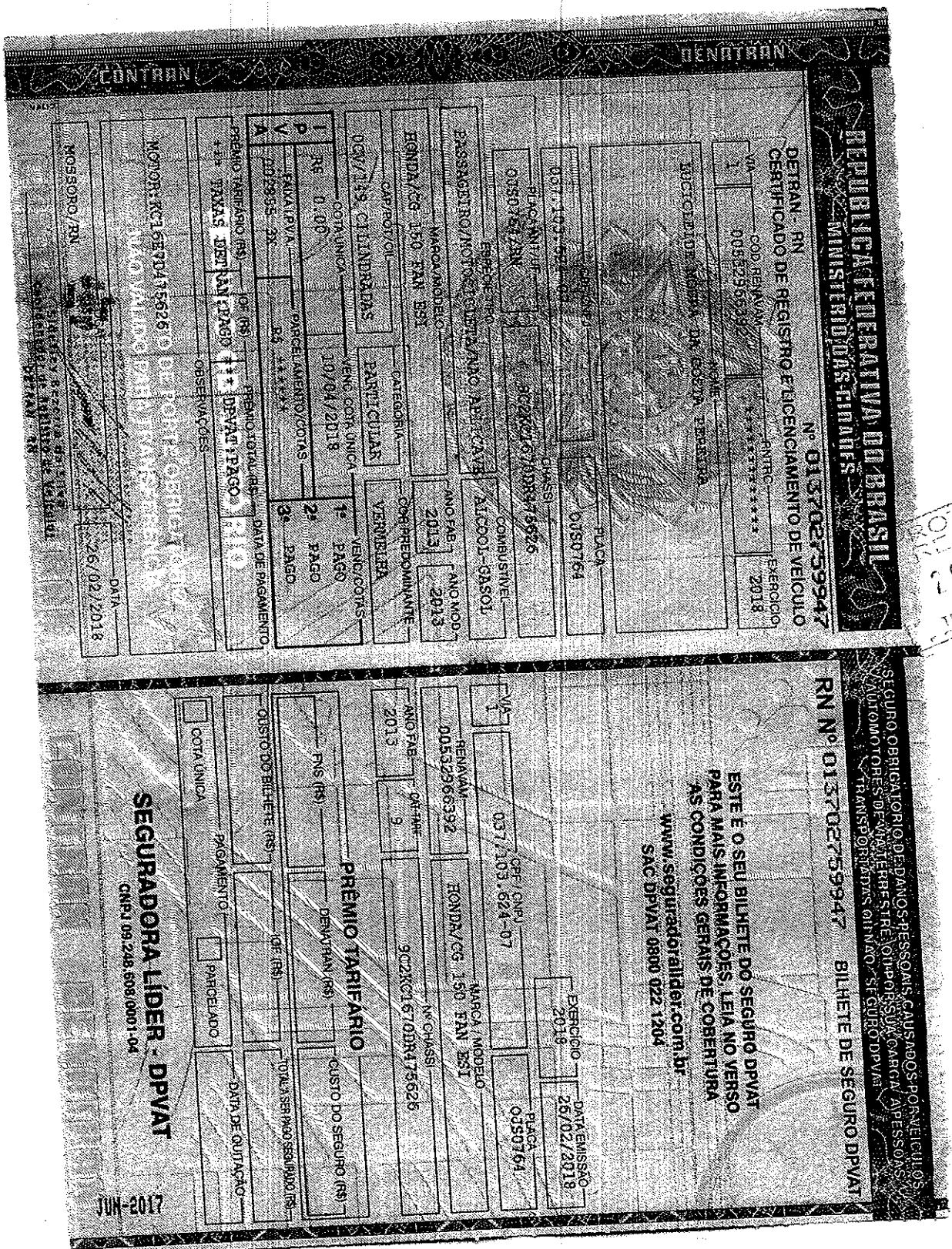
## **PRESCRIÇÃO**

*ultimici.*



PROTÓCOLO  
REUNIÃO DE  
1980





**NOTOCOTO  
TECHNOLOGY**  
**26 MAR. 2019**  
**TECHNOLOGY**  
**26 MAR. 2019**

# PARECER DE DAMS



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190211156

**Data do acidente:** 30/03/2018

**Vítima:** KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE  
MORAIS

**Atendimento:** HOSPITAL

**Cidade:** Mossoró

**UF:** RN

**Análise:** Primeira Análise

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data:** 25/04/2019 16:52:23

## DADOS DO PARECER

**Diagnóstico:** FRAT DO CRANIO E DOS OSSOS DA FACE FRAT DO CRANIO OU DOS OSSOS DA FACE PARTE NE -

**Internação:** Não

**Tratamento:** CONSERVADOR CLINICO

**Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	3.02.07.07-0	FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO - REDUÇÃO CIRÚRGICA COM FIXAÇÃO	7500,00	4360,29
<b>Total da Análise Atual</b>			<b>7500,00</b>	<b>4360,29</b>

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

**Observações:** LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL FOI ATINGIDO.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	7500,00	4360,29	2700,00
<b>Total da Análise Atual</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>7500,00</b>	<b>4360,29</b>	<b>2700,00</b>

**TOTAL PLEITEADO:** 7500,00      **TOTAL AVALIADO:** 4360,29      **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 2700,00

## INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

## **PROCURAÇÃO PARTICULAR**

**OUTORGANTE:**

Nome: KLEYSON RAFael CAVALCANTES de Moraes, brasileiro(a),  
estado civil: CASADO, Profissão: Técnico em Aeropuertos, Data do Acidente 31/03/18,  
Cobertura INVALIDEZ, portador(a) do RG 3.039.729, órgão expedidor  
ITEP e do CPF: 093.066.294-69 residente no(a)  
Sítio Cônego nº S/N,  
bairro: Zona rural, município: Mossoró, RN.

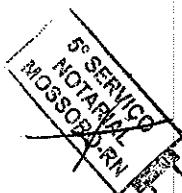
**OUTORGADO:**

Nome: Antônio WOLINGTON DA COSTA FILHO, brasileiro(a)  
estado civil: Solteiro Profissão: Comerciante, portador(a) do RG  
2.945.567, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 104.061.604-65, residente  
no(a) PA SANTA ELZA nº 14  
bairro: Centro, município: Mossoró / RN.

**PODERES:** Concede poderes especiais ao outorgado para:

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

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

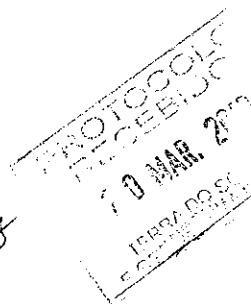


Mossman INN 01/03/2019

Local e Data

~~Allyson Rafael Corvalante de Moraes~~

**Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)**



**5º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE MOSSORÓ - RIO GRANDE DO NORTE**  
FABIANA DA SILVA MAGALHÃES - Notária Pública e Oficial dos Registros de Títulos e Documentos e pessoas jurídicas em Exercício  
Rua Cai, Vicente Sobral, 83-A Centro - Mossoró/RN - CEP: 59660-120 - Telefone: (84) 3316-1940 - E-mail: [vicentecai@bol.com.br](mailto:vicentecai@bol.com.br)

**RECONHECO por AUTENTICIDADE a(s) Assinatura(s), da(s) - Seção(s):**

KLEYSON RAFael CAVALCante DE MORAIS - Registro: 2116 - CÓD. 6737

Mosser IPN

01 de fevereiro de 2019.



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0094104/19

**Vítima:** KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS

**CPF:** 093.066.294-60

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/03/2018

**Titular do CPF:** KLEYSON RAFAEL  
CAVALCANTE DE MORAIS

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Comprovantes de despesas médicas  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ANTONIO WELINGTON DA COSTA FILHO : 104.061.604-65

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

### KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS : 093.066.294-60

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

### Documentação recebida sem conferência

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/03/2019  
Nome: ANTONIO WELINGTON DA COSTA FILHO  
CPF: 104.061.604-65

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2019  
Nome: FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA  
CPF: 061.400.284-26

ANTONIO WELINGTON DA COSTA FILHO

FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA