



ANEXO II

DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

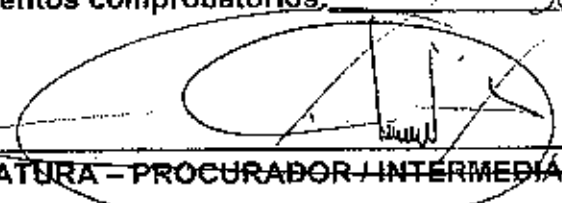
Pelo exposto, eu Katia Suly Diniz de França, portador(a) do RG nº 1.088.833, expedido por SSP/RN, em 14/03/2009, CPF/CNPJ nº 566.931.764-93

Na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) João Justino da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalida da vítima João Justino da Silva, e conforme

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

Profissão: advogado Renda Mensal: R\$ desconhecida

Documentos comprobatórios: desconhecida


ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

PROTOCOLADO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SOL MM.
CORRETORA DE SEC.

SAMU



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO-VINGT-ROSA DO NETO

REGISTRO Nº

9550448

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Jaelson Justino da Silva D. N. 29.11.82 Idade: 32 anos
Profissão: Profus Cartão SUS nº 00000000000000000000
Endereço: Rua: Profus Sampa Martins Vanda Bairro: Alto Pôrto
Cidade: Macau U.F. RN Fone:
Filiação: Mãe: Benedite Maria Justino da Silva

Data: 19.10.2016Hora: 08:56A.C.R.:

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO COM O PARAFUO DE 3/4 CAPACETE DO SAMU)
TRANSPORTADO PELO PROTOCOLO SAMU A OCUA CENTRAL E QUADRA
APRESENTOU EPISÓDIO DE DESORIENTAÇÃO E ENCONTRO DE SOMNOLÊNCIA
REFEVE COM EM REGIÃO CERVICAL ESTURADA
NEGA ALUSIAS MEDICAMENTOSAS
IGNORA VIT

2 - EXAME FÍSICO

CONSCIENTE, SUPLENDO, CONSCIENTE, LIVEMENTE DESORIENTADO, AAA, HÍDRATADO, COMATO
A: VÍTIAS DE PÉRIOSAS S/ CERVICALSIA
B: MM. SUPLENDO, BIL. S/ PA, REABUNDANTES PULSÁVEIS
C: GRAVE HEMODINAMICAMENTE
D: GUSSEDIN 15, S/ DÉFICITE, PULSAS ISO/EDIO
E: NON
ABD: FLAVO, FLÁCIDO, INDOLEN A PALPACAO

PROTÓCOLO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SUL ACM
E CORRETORA DE 30%

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MO. 00000000000000000000
SANE T. 00000000000000000000
SANE T. 00000000000000000000

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

FRATURA CLAVICULAR + TCE USU

Hora: 09 :10

- * CIRKUNSA GEVAL: ① RX ^{COUGH} SINGHA ② AA/P
② PANSEN DA OROGITA
③ PANSEN DA NEUROKUNWISA

Cirurgia Geral e Vascular
C.R. 1934

19/2/16. ¹ / ² / ³ / ⁴ / ⁵ / ⁶ / ⁷ / ⁸ / ⁹ / ¹⁰ / ¹¹ / ¹² / ¹³ / ¹⁴ / ¹⁵ / ¹⁶ / ¹⁷ / ¹⁸ / ¹⁹ / ²⁰ / ²¹ / ²² / ²³ / ²⁴ / ²⁵ / ²⁶ / ²⁷ / ²⁸ / ²⁹ / ³⁰ / ³¹ / ³² / ³³ / ³⁴ / ³⁵ / ³⁶ / ³⁷ / ³⁸ / ³⁹ / ⁴⁰ / ⁴¹ / ⁴² / ⁴³ / ⁴⁴ / ⁴⁵ / ⁴⁶ / ⁴⁷ / ⁴⁸ / ⁴⁹ / ⁵⁰ / ⁵¹ / ⁵² / ⁵³ / ⁵⁴ / ⁵⁵ / ⁵⁶ / ⁵⁷ / ⁵⁸ / ⁵⁹ / ⁶⁰ / ⁶¹ / ⁶² / ⁶³ / ⁶⁴ / ⁶⁵ / ⁶⁶ / ⁶⁷ / ⁶⁸ / ⁶⁹ / ⁷⁰ / ⁷¹ / ⁷² / ⁷³ / ⁷⁴ / ⁷⁵ / ⁷⁶ / ⁷⁷ / ⁷⁸ / ⁷⁹ / ⁸⁰ / ⁸¹ / ⁸² / ⁸³ / ⁸⁴ / ⁸⁵ / ⁸⁶ / ⁸⁷ / ⁸⁸ / ⁸⁹ / ⁹⁰ / ⁹¹ / ⁹² / ⁹³ / ⁹⁴ / ⁹⁵ / ⁹⁶ / ⁹⁷ / ⁹⁸ / ⁹⁹ / ¹⁰⁰ / ¹⁰¹ / ¹⁰² / ¹⁰³ / ¹⁰⁴ / ¹⁰⁵ / ¹⁰⁶ / ¹⁰⁷ / ¹⁰⁸ / ¹⁰⁹ / ¹¹⁰ / ¹¹¹ / ¹¹² / ¹¹³ / ¹¹⁴ / ¹¹⁵ / ¹¹⁶ / ¹¹⁷ / ¹¹⁸ / ¹¹⁹ / ¹²⁰ / ¹²¹ / ¹²² / ¹²³ / ¹²⁴ / ¹²⁵ / ¹²⁶ / ¹²⁷ / ¹²⁸ / ¹²⁹ / ¹³⁰ / ¹³¹ / ¹³² / ¹³³ / ¹³⁴ / ¹³⁵ / ¹³⁶ / ¹³⁷ / ¹³⁸ / ¹³⁹ / ¹⁴⁰ / ¹⁴¹ / ¹⁴² / ¹⁴³ / ¹⁴⁴ / ¹⁴⁵ / ¹⁴⁶ / ¹⁴⁷ / ¹⁴⁸ / ¹⁴⁹ / ¹⁵⁰ / ¹⁵¹ / ¹⁵² / ¹⁵³ / ¹⁵⁴ / ¹⁵⁵ / ¹⁵⁶ / ¹⁵⁷ / ¹⁵⁸ / ¹⁵⁹ / ¹⁶⁰ / ¹⁶¹ / ¹⁶² / ¹⁶³ / ¹⁶⁴ / ¹⁶⁵ / ¹⁶⁶ / ¹⁶⁷ / ¹⁶⁸ / ¹⁶⁹ / ¹⁷⁰ / ¹⁷¹ / ¹⁷² / ¹⁷³ / ¹⁷⁴ / ¹⁷⁵ / ¹⁷⁶ / ¹⁷⁷ / ¹⁷⁸ / ¹⁷⁹ / ¹⁸⁰ / ¹⁸¹ / ¹⁸² / ¹⁸³ / ¹⁸⁴ / ¹⁸⁵ / ¹⁸⁶ / ¹⁸⁷ / ¹⁸⁸ / ¹⁸⁹ / ¹⁹⁰ / ¹⁹¹ / ¹⁹² / ¹⁹³ / ¹⁹⁴ / ¹⁹⁵ / ¹⁹⁶ / ¹⁹⁷ / ¹⁹⁸ / ¹⁹⁹ / ²⁰⁰ / ²⁰¹ / ²⁰² / ²⁰³ / ²⁰⁴ / ²⁰⁵ / ²⁰⁶ / ²⁰⁷ / ²⁰⁸ / ²⁰⁹ / ²¹⁰ / ²¹¹ / ²¹² / ²¹³ / ²¹⁴ / ²¹⁵ / ²¹⁶ / ²¹⁷ / ²¹⁸ / ²¹⁹ / ²²⁰ / ²²¹ / ²²² / ²²³ / ²²⁴ / ²²⁵ / ²²⁶ / ²²⁷ / ²²⁸ / ²²⁹ / ²³⁰ / ²³¹ / ²³² / ²³³ / ²³⁴ / ²³⁵ / ²³⁶ / ²³⁷ / ²³⁸ / ²³⁹ / ²⁴⁰ / ²⁴¹ / ²⁴² / ²⁴³ / ²⁴⁴ / ²⁴⁵ / ²⁴⁶ / ²⁴⁷ / ²⁴⁸ / ²⁴⁹ / ²⁵⁰ / ²⁵¹ / ²⁵² / ²⁵³ / ²⁵⁴ / ²⁵⁵ / ²⁵⁶ / ²⁵⁷ / ²⁵⁸ / ²⁵⁹ / ²⁶⁰ / ²⁶¹ / ²⁶² / ²⁶³ / ²⁶⁴ / ²⁶⁵ / ²⁶⁶ / ²⁶⁷ / ²⁶⁸ / ²⁶⁹ / ²⁷⁰ / ²⁷¹ / ²⁷² / ²⁷³ / ²⁷⁴ / ²⁷⁵ / ²⁷⁶ / ²⁷⁷ / ²⁷⁸ / ²⁷⁹ / ²⁸⁰ / ²⁸¹ / ²⁸² / ²⁸³ / ²⁸⁴ / ²⁸⁵ / ²⁸⁶ / ²⁸⁷ / ²⁸⁸ / ²⁸⁹ / ²⁹⁰ / ²⁹¹ / ²⁹² / ²⁹³ / ²⁹⁴ / ²⁹⁵ / ²⁹⁶ / ²⁹⁷ / ²⁹⁸ / ²⁹⁹ / ³⁰⁰ / ³⁰¹ / ³⁰² / ³⁰³ / ³⁰⁴ / ³⁰⁵ / ³⁰⁶ / ³⁰⁷ / ³⁰⁸ / ³⁰⁹ / ³¹⁰ / ³¹¹ / ³¹² / ³¹³ / ³¹⁴ / ³¹⁵ / ³¹⁶ / ³¹⁷ / ³¹⁸ / ³¹⁹ / ³²⁰ / ³²¹ / ³²² / ³²³ / ³²⁴ / ³²⁵ / ³²⁶ / ³²⁷ / ³²⁸ / ³²⁹ / ³³⁰ / ³³¹ / ³³² / ³³³ / ³³⁴ / ³³⁵ / ³³⁶ / ³³⁷ / ³³⁸ / ³³⁹ / ³⁴⁰ / ³⁴¹ / ³⁴² / ³⁴³ / ³⁴⁴ / ³⁴⁵ / ³⁴⁶ / ³⁴⁷ / ³⁴⁸ / ³⁴⁹ / ³⁵⁰ / ³⁵¹ / ³⁵² / ³⁵³ / ³⁵⁴ / ³⁵⁵ / ³⁵⁶ / ³⁵⁷ / ³⁵⁸ / ³⁵⁹ / ³⁶⁰ / ³⁶¹ / ³⁶² / ³⁶³ / ³⁶⁴ / ³⁶⁵ / ³⁶⁶ / ³⁶⁷ / ³⁶⁸ / ³⁶⁹ / ³⁷⁰ / ³⁷¹ / ³⁷² / ³⁷³ / ³⁷⁴ / ³⁷⁵ / ³⁷⁶ / ³⁷⁷ / ³⁷⁸ / ³⁷⁹ / ³⁸⁰ / ³⁸¹ / ³⁸² / ³⁸³ / ³⁸⁴ / ³⁸⁵ / ³⁸⁶ / ³⁸⁷ / ³⁸⁸ / ³⁸⁹ / ³⁹⁰ / ³⁹¹ / ³⁹² / ³⁹³ / ³⁹⁴ / ³⁹⁵ / ³⁹⁶ / ³⁹⁷ / ³⁹⁸ / ³⁹⁹ / ⁴⁰⁰ / ⁴⁰¹ / ⁴⁰² / ⁴⁰³ / ⁴⁰⁴ / ⁴⁰⁵ / ⁴⁰⁶ / ⁴⁰⁷ / ⁴⁰⁸ / ⁴⁰⁹ / ⁴¹⁰ / ⁴¹¹ / ⁴¹² / ⁴¹³ / ⁴¹⁴ / ⁴¹⁵ / ⁴¹⁶ / ⁴¹⁷ / ⁴¹⁸ / ⁴¹⁹ / ⁴

PROTOS
RECEBIDO

18 NOV 2016

18 NOV 20
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEC

[Handwritten stamp:]
JAMES E. HARRINGTON
ORTHOPEDIC SURGEON
CITY-1883

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

8 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

ALTA DO PRONTO SOCORRO () INTERVENÇÃO HOSPITALAR () TRANSFERÊNCIA () OUTROS (Descrever)

Observations:

Date: / /

Hora: :

Identificação Médica

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 05/03/2016 05:39

FICHA DE INTERNAMENTO

Dados do Paciente

Nome: JAELOSON JUSTINO DA SILVA Registro: 112543
RG: 30899834 CPF: 072.413.404-26 Nascimento: 29/11/1982 33 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)
Endereço: RUA HAMILTON FREIRE DE ANDRADE N.º 133 Bairro: RINCÃO
Cidade: MOSSORO UF: RN CEP: 59626170 Fone: 8430623776
Mão: BENEDITA MARIA JUSTINO DA SILVA

Dados do Internamento

Internamento: 1 Entrada: 05/03/2016 5:34 Previsão saída: 07/03/2016 11:00 Atendente: LUCIAS
Tipo: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 898002346242367
Médico: Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO CRM: 4884

ENFERMARIA 107-B

Dados do Responsável

CPF:

RG:

Termo de Responsabilidade

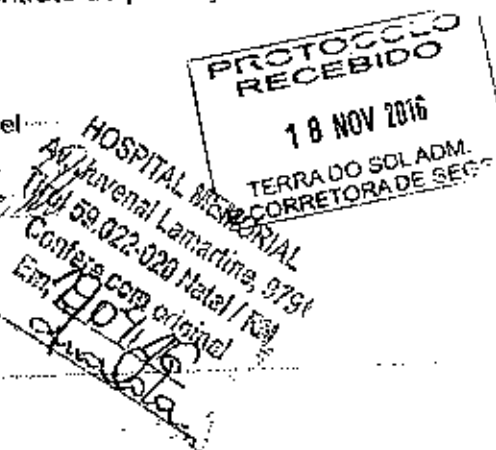
Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou responsável por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Assinatura de Jaelson Justino da Silva



Observações

AC. COM GUIA DE AIH AUT. EISCO EX. LAB. 01 PELICULA DE RX



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@guatavmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 05/03/2016 05:39

Dados do Paciente

Preterito: JAELOS JUSTINO DA SILVA Registro: 112543
CNPJ: RG.30899834 CPF: 072.413.404-26 Nascimento: 29/11/1982 33 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)
Endereço: RUA HAMILTON FREIRE DE ANDRADE N.º 133 Bairro: RINCÃO
Cidade: MOSSORO UF: RN CEP: 59626170 Fone: 8430623776
Profissão: MOTOBOY Mãe: BENEDITA MARIA JUSTINO DA SILVA

Dados do Internamento

Em internamento: 1 Entrada: 05/03/2016 5:34 Previsão saída: 07/03/2016 11:00 Atendente: LUCIAS
Plano: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 898002346242367
Assinatura: Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO CRM: 4884

ENFERMARIA 107-B

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ex. Cardiorespiratórios: _____

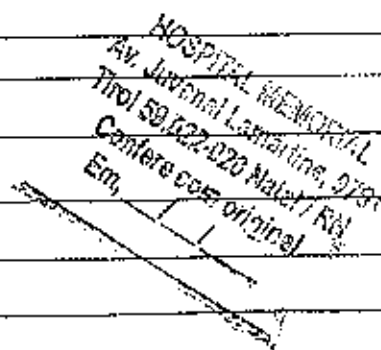
Ex. digestivo: _____

Ex. Locomotor e Neurológico: _____

Ex. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 05/03/2016 05:39

Dados do Paciente

Paciente: JAELOSON JUSTINO DA SILVA Registro: 112543
Idad. RG: 30899834 CPF: 072.413.404-26 Nascimento: 29/11/1982 33 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)
Endereço: RUA HAMILTON FREIRE DE ANDRADE N.: 133 Bairro: RINCÃO
Cidade: MOSSORO UF: RN CEP: 59626170 Fone: 8430623776
Mãe: BENEDITA MARIA JUSTINO DA SILVA

Dados do Internamento

Adm. Internamento: 1 Entrada: 05/03/2016 5:34 Previsão saída: 07/03/2016 11:00 Atendente: LUCIAS
Juvênio: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 898002346242367
Médico: Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO CRM: 4884

ENFERMARIA 107-B

Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG: 3
Parentesco:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

- Eu, Autorizo o(a) Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: 56623 OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS
- O(A) Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.
- Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização:
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [Assinatura do Paciente] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO - CRM 4

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.322-020 Natal / RN
Confira com original
Em



GOVERNO DO ESTADO DE
PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

04.03.16

08:30 Jexu

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	MEMORIAL	2 - CNES
ESTABELECIMENTO DO EXAMINANTE	MEMORIAL	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE Jaelson Justino da Silva		8 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL SUS 89.8.00234624 2367	9 - DATA DE NASCIMENTO 29.11.82	10 - SEXO MASCULINO	11 - TELEFONE DE CONTATO 3062.3776
10 - NOME DO PAI E/OU RESPONSÁVEL Benedita Maria Justino da Silva		11 - TELEFONE DE CONTATO 8142.5454	
12 - ENDEREÇO (RUA Nº) R. Hamilton Freire Queiroz		13 - CEP 59626-170	
13 - MUNICÍPIO Mossoró	14 - BAIRRO Rincos	15 - UF RN	16 - CEP 59626-170

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente com pseudoartrose da clavícula ESQUERDA.

RX - PSEUDO- artrose de clavícula

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Acima Citada

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

RX + Exame Físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Pseudo artrose clavícula	21 - CID 10 PRINCIPAL Ombro ESQUERDO	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
--	---	------------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento pseudo artrose clavícula 408010223 enoplastia 408060476 osteotomia clavícula 408010118	25 - COD. DO PROCEDIMENTO C415020034	26 - LETICLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE MARCIO ARAUJO Ortopedia Cirurgia	29 - DT. SOLICITAÇÃO 23/02/2016	30 - CNES / CPF 1022-920 Natal / RN	31 - ASSINATURA E CARIMBO (R. REG. NO CONSELHO)
--	---	------------------	----------------------------	---	------------------------------------	--	---

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - () CID. 10 PRINCIPAL		41 - () GRAVE	42 - () GRAVÍSSIMA
42 - () CID. 10 SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	46 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (A/H)
47 - DT. AUT.	48 - CNES / CPF	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (R. REG. NO CONSELHO)	50 - ASSINATURA E CARIMBO (R. REG. NO CONSELHO)	

CONSULTAS->AIH GERADA

Código 159543062

N. AIH 241610016058-4

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MEMORIAL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL
Município Regulador NATAL
Data de Solicitação 02.03.2016 - 20:42:52
Data de Autorização 03/03/2016 - 06:00:10
Data de Reserva 04.03.2016
Data de Internação 03.03.2016
Data Prevista de Alta 19.07.2043
Data de Alta 03/03/2016 - 07:54:43
Motivo da Alta 1.1 ALTA CURADO

CNES:
2408252
CNES:
2408252
Município
NATAL
Operador LUCIMAR
Operador JACQUELINE S
Operador 181298622041LUCIMAR
Operador 181298622041LUCIMAR

DADOS DO PACIENTE

CNS
708608099637083
Nome do Paciente
JAELSON JUSTINO DA SILVA
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
25/11/1982 (33 anos)
Nome da Mãe:
BENEDITA MARIA JUSTINO DA SILVA
Tipo Logradouro:
MAGALHÃES COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS
RUA
Número:
123
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(84) 3062-3776 (Exibir Lista Detalhada)
Nome do Responsável

Nome Social/Apellido:

Raça:
PARDA
Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:
MOSSORO - RN
Lograd.

Logradouro: 0415020034
HAMILTON FREIRE DE ANDRADE
Bairro:
RINCAO
Município de Residência:
MOSSORO

Complemento:

CEP:
59626170
UF:
RN

Telefone do Responsável

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
03166001467
CPF do Médico Executante:
02066001467
Diagnóstico Inicial - CID:
AUSENCIA DE CONSOLIDACAO DA FRATURA (PSEUDO-ARTROSE) - M841
Classificação de Risco
AZUL - atendimento eletivo.
Caráter
1) - Eletivo
Clínica:
RESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Indicação da Solicitação:
OUTROS PROCEDIMENTOS COM CORAGENS SEQUENCIAIS

Nome do Médico Solicitante:
MARCELO CABRAL FAGUNDES REGO
Nome do Médico Executante:
MARCELO CABRAL FAGUNDES REGO

Status da Solicitação:
APROVADO

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.622-020 Natal / RN
Confere com original
Em

Clinica Complementar:
Nenhuma
Data de
03/03/2016

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
paciente com pseudoartrose da clavícula esquerda
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
R X E F
Condições que Justificam a Internação:
tratamento cirurgico pseudoartrose da clavícula tenoplastia osteotomia

CONSULTA HOSP->SOLICITAÇÕES

Código 159543062

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:	CNES:		
HOSPITAL MEMORIAL	2408252		
Unidade Executante:	CNES:		
HOSPITAL MEMORIAL	2408252		
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro	Município		
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL	NATAL		
Município Regulador			
NATAL			
Data de Solicitação	02.03.2016 - 20:42:52	Operador	LUCIMAR
Data de Autorização	03/03/2016 - 06:00:10	Operador	JACQUELINE
Data de Reserva	04.03.2016		
Data Prevista de Alta	19.07.2043		

DADOS DO PACIENTE

CNS			
701808099637083			
Nome do Paciente	Nome Social/Apelido:		
JAISSON JUSTINO DA SILVA	...		
Sexo:	Raça:		
MASCULINO	PARDA		
Data de Nascimento:	Tipo Sanguíneo:		
29.11/1992 (33 anos)	...		
Nome da Mãe:	Naturalidade:		
BENEDITA MARIA JUSTINO DA SILVA	MOSSORO - RN		
Tipo Logradouro:	Logradouro:	Complemento:	
FLA	HAMILTON FREIRE DE ANDRADE		
Número:	Bairro:	CEP:	
139	RINCAO	59626170	
País de Residência:	Município de Residência:	UF:	
BRASIL	MOSSORO	RN	
Telefone(s):	Telefone do Responsável		
(84) 3062-3776 (701808099637083)	CPF:...		
Nome do Responsável			
...			

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:	Status da Solicitação:
62196001467	MARCELO CABRAL FAGUNDES REGO	APROVADO
Diagnóstico Inicial - CID:		
ALGEBRIA DE CONSOLIDACAO DA FRATURA (PSEUDO-ARTROSE) - M841		
Classificação de Risco		
... - atendimento eletivo.		
Caráter		
10 - Eletivo		
Clinica:	Clinica Complementar:	
-S460 - CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Renova	
Procedimento Solicitado:	Código:	
OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURCIAS SEQUENCIAIS	0415920024	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

paciente com pseudoartrose da clavícula esquerda

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

R X E F

Condições que Justificam a Internação:

tratamento cirúrgico pseudoartrose da clavícula comoplastia osteotomia

MASSERA

Assinatura do Médico da Unidade Reguladora (autorizador):

CPF
10828966406

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tírol 59132-020 Natal / RN
Confira com original
Em: _____

Reg 112543 NOME: JACELSON JUSTINO DA SILVA APTO:

Cirurgia Realizada: Tratamento de pseudoartrose de clavícula + osteotomia clavicular + tenoplastia ombro Esquerdo

DATA: 05/03/16 INÍCIO: 8:10 HS: MIN: TERMINO: 9:00 HS: N.º IN.

EQUIPE
Cirurgião: Marcelo Rago
1 Auxiliar: Cirurgia Joelho e Ombro
2 Auxiliar: CRM 4884
Anestesiológico: Dr. Maxwel Melo
Instrumentador: CRM 1004 - CRM 1005 CRM 1012 CRM 1013
Alo: Dr. Marcelo Rago

Assepsia e Antissepsia, acesso sobre a clavicular E, dissecação por planos, ressecção de foco de pseudoartrose, osteotomia dos cotos da clavícula, redução e fixação com placa + 06 parafusos, tenoplastia do coraco clavicular, sutura curativo.

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				FIOS				DESCARTÁVEL			
029956	Água Bielectilada 100ml	AMP	04	050320	Vicryl 4-0 (violeta)	ENV		065184	Alinha Tubular 12cm	ROL	
009326	Água Bielectilada 10ml	AMP		050377	Vicryl 5-0 (incolor)	ENV		050789	Alinha Tubular 15cm	ROL	
049886	Água Bielectilada 20ml	AMP		050725	Vicryl 6-0	ENV		062701	Máscara Descartável	UND	
000057	Cloxacina 1g	AMP		050313	Vicryl 7-0	ENV		060332	Polter 2 vias	UND	
000096	Dexamet 4mg 1ml	AMP						064784	Pacote Descontável Int	ML	50
000713	Glicose 25% 10ml int.	AMP						064787	Pacote Descontável Int	ML	50
004283	Glicose 50% 10ml int.	AMP						055467	Sabão Líquido	ML	100
004763	Hipoclor 50%	FRS						050733	Seringa Descartável	UND	
005049	Insulin Potada 1/4	1/4						063223	Seringa Desc. 0.1cc cl Agulha	UND	
015141	Kafin Neuro 1g	COB						062443	Seringa Desc. 0.2cc cl Agulha	UND	
006667	Novelina 2ml int.	AMP						062475	Seringa Desc. 0.3cc cl Agulha	UND	
007453	Profenid 100mg int.	AMP						063269	Seringa Desc. 10cc cl Agulha	UND	
008828	Solução Ringier cl Lactato	FRS						063216	Seringa Desc. 20cc cl Agulha	UND	
008143	Solução Ringier Simples	FRS						063120	Sonda Uretral 10	UND	
008123	Soro Fisiológico 100ml	FRS		051920	Abboncath-T Plus N° 14	UND		063144	Sonda Uretral 12	UND	
008718	Soro Fisiológico 5% 500ml	FRS	02	061318	Abboncath-T Plus N° 16	UND		063161	Sonda Uretral 14	UND	
008740	Soro Glicosado 5% off 500	YB		061925	Abboncath-T Plus N° 18	UND		063169	Sonda Uretral 16	UND	
009049	Xilocaína 2% cv	AMP		061932	Abboncath-T Plus N° 20	UND		063183	Sonda Uretral 18	UND	
010038	Xilocaína Gelada 2%	BSG	26	060862	Agulha Descartável 13 x 4.5	UND		060050	Sonda Uretral 20	UND	
				062392	Agulha Descartável 25 x 4.5	UND					
				060418	Agulha Descartável 40 x 12	UND					
				060576	Alcool 70%	ML					
				060592	Atadura Crepon 10cm	ROL	02				
				060630	Atadura Crepon 12cm	ROL					
				060690	Atadura Crepon 15cm	ROL					
				060608	Atadura Crepon 20cm	ROL					
				060701	Atadura Gessada 10cm	ROL					
				060678	Atadura Gessada 12cm	ROL					
				060600	Atadura Ortopédica 10cm	ROL					
				060608	Atadura Ortopédica 15cm	ROL					
				061670	Atadura Ortopédica 15cm	ROL					
				050360	Atadura Ortopédica 20cm	ROL					
				060648	Bandeja Peridural	UND					
050037	Algodão 0 (cl Agulha)	ENV		061545	Bandeja Rociú	UND		090736	Ar Compósito		
050085	Algodão 2-0 (cl Agulha)	ENV		060648	Burletty 10g	UND		092407	Aspirador Vácuo		
050044	Algodão 3-0 (cl Agulha)	ENV		060955	Burletty 21g	UND		060324	Bomba de Infusão		
050182	Cromado 1-0	ENV	02	052135	Burletty 23g	UND		090331	Capinógeno		
050130	Cromado 2-0	ENV		062142	Burletty 25g	UND		090300	Cianociano		
050123	Cromado 4-0	ENV		061206	Camado Descartável	UND		092095	Desinfetante		
060257	Cl-Caterata	ENV		061244	Compressa Cirúrgica	UND	38	090407	Enema		
060599	Mononylon 0 PRETO	ENV		001809	Eléctrodo Descartável	UND		090400	Enema		
060614	Mononylon 2.0 PRETO	ENV	01.51	060849	Enjerto 500ml	UND		090711	Enjerto		
052621	Mononylon 3.0 PRETO	ENV	01	062024	Esparadrapo 10 x 45	CM	12	090653	Enjerto		
050633	Mononylon 4.0 PRETO	ENV		062031	Elas Sulfônico 1ml	ML	33	090685	Enjerto		
050545	Mononylon 5.0 PRETO	ENV		062265	Gase 91 x 91	UND	30	092708	Respirador Fresco		
050553	Mononylon 6.0 PRETO	ENV		062730	Gase Furacilada	UND		093578	Respirador a Vácuo		
052892	Mononylon 8.0 PRETO	ENV		062864	Gase Descartável	UND	05	091859	Tava de Monitor		
050547	Mononylon 10.0 PRETO	ENV		062103	Inflix Ayr IL 2.4 M	UND					
050202	Profenid 2-0	ENV		061070	Inflix Padão	UND		090426	Tava de Fibra		
050463	Profenid 4-0	ENV		062251	Lamina Bisturi N° 11	UND					
050449	Profenid 5-0	ENV		062260	Lamina Bisturi N° 15	UND					
050431	Profenid 8-0	ENV		060149	Lamina Bisturi N° 20	UND	01				
050510	Seda 2-0	ENV		062332	Linha Descartável N° 7.0	PAR	23				
050590	Seda 3-0	ENV		062580	Linha Descartável N° 7.5	PAR	02				
050560	Seda 6-0	ENV									
050194	Sinthes 3-0 (cl Agulha)	ENV									
050380	Vicryl 4-0 (incolor)	ENV									

CIRURGIÃO:

Cirurgião Joelho e Ombro
CRM 4884

CIRCULANTE:

ELIACEL MIGUEL

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hôspital Memorial de Natal

Registro-Internamento: 112543 -1

Leito Nº: ENFERMARIA 101-C

Médico CRM - 4884 - MARCELO CABRAL FAGUNDES

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

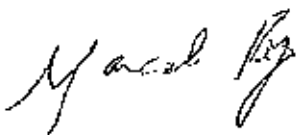
- | | |
|--|--|
| ☐ Mudança de Procedimento | ☒ Uso de Prótese, Ortese |
| ☐ Diária de U.T.I. | ☐ Uso de Fatores de Coagulação |
| ☐ Diária de Acompanhante | ☐ Uso de Oxigenadores |
| ☐ Vacina Anti RH | ☐ Nutrição Parenteral |
| ☐ | ☐ |

HOSPITAL				
10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal				
PACIENTE				
112543 -1 - JAEISON JUSTINO DA SILVA				
PROCEDIMENTO ANTERIOR	PROCEDIMENTO SOLICITADO	MÉDICO SOLICITANTE	CRM	CPF
		MARCELO CABRAL FAGUNDES	4884	021.660.014-67

JUSTIFICATIVA

FOI UTILIZADO 01 PLACA + 06 PARAFUSOS

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvencel Lamartine, 9791
Ffrol 59-022-020 Natal / RN
Confere com original
Em: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE	CRM	DATA
	4884	05/03/2016 11:29

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR	CRM	DATA



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **112543** IH: **1** Paciente: **JAEISON JUSTINO DA SILVA**
Nascimento: **29/11/1982** **34 anos** Internação: **05/03/2016 05:34:51** Leito: **ENFERMARIA 101-C**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO 05/03/2016 09:15:21 - COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Observações:

PACIENTE ADMITIDO NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMERO, CONSCIENTE E ORIENTADO EM O² AMBIENTE EM JEJUM, SIG DO MESMO NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA+DM+HAS, PUCIONADO EM MSD COM JELCO N°20 VIAB, SFO, 9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Doença pré-existente:

Há reserva sanguínea: NÃO Prótese: NÃO Jóias: NÃO Membro e lado da cirurgia: MSE

Exame Laboratorial: SIM Risco Cirúrgico: NÃO Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 01

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Maria Elizabete B Pereira

Outros Exames:

SRIPA 05/03/2016 09:15:21 - COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Nível consciência: CONSCIENTE

Oxigenoterapia: O2 AMBIENTE

Processo ventoso: SIM

Diurese: NÃO

Acianótico: NÃO

Pálido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO

Raio X de Controle:

Medicação administradas:

Encaminhamento:

PACIENTE ENCAMINHADO AO LEITO DE POI, CONSCIENTE ORIENTADO EM O² AMBIENTE, NA HVP, COM CURATIVO LIMPO E OCLUIDO, DIURESE ESPONTANEA, ANEXO AO PRONTUARIO EXAMES COMPLEMENTARES E RX, PRECISA REALIZAR RX DE CONTROLE E SEGUE ACOMPANHADO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM DO POSTO COM PERTENCES.

Assinatura Responsável

Maria Elizabete B Pereira

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.122-9120 Natal / RN
Confira com original
Em: ____/____/____

HOSPITAL 17 MEMORIAL

Paciente: JAMESON JUSTINO DA SILVA

Registro: 112512

Unidade: POSTO 1

Assinatura: 05/03/2016 05:03

Endereço: RUA HAMILTON FREIRE DE ANDRADE - RINCOÃO - MOSSORO - RN

Telefone: 8420623776

Convênio: SUS ESTADUAL

06/03/2016 11:28 Período

Qtd

Controle

12) TRAMADOL CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL)

Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

DILUIR EM 100ML DE SFO 0.5%

Mat: 11139

13) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL)

Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.

CASO VÔMITOS

Mat: 11519

14) SONDA VESICAL DE ALVIO (SVA.), Se necessário

15) ALTA HOSPITALAR, Pela manhã

16) CURATIVO, Pela manhã

05/03/2016 11:28

Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÉGO

CRM - 4884

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tírol 59-022-620 Natal / RN
Confere item original
Em: _____



Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO

Dados do Paciente

Paciente: JAEISON JUSTINO DA SILVA
Nascimento: 29/11/1982 34 anos
Companhante:

Registro: 112543 Nº Internação:
Data Internação: 05/03/2016 05:34:51
Parentesco:

PROCEDÊNCIA: PACIENTE ADMITIDO NO POSTO 1 PROVENIENTE DO C.C EM POI DE FRATURA DE UMEMO DO MSE. SEGUE AOS CUIDADOS DO DR. MARCELO.

ESTADO GERAL

☒ Consciente
☐ Inconsciente
☒ Corado
☐ Hipocorado
☒ Responsivo
☐ Sonolento
☐ Cianótico
☒ Acianótico

Respiração: Observações:

☒ O2 Ambiente
Máscara de Venturo

Higiene Observações:

☒ Com Auxílio
☒ Sem Auxílio

Deambulação Observações:

☐ Com Auxílio
☒ Sem Auxílio
Restrito ao leito

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial: 120X80
Temperatura: 36

Pulso: 72
Respiração: 20

ANAMNESE

Doenças Clínicas
SIC NEGA

Uso de Medicamentos
SIC NEGA

Alergias Medicamentosas
SIC NEGA

Integridade da Pele
INTEGRA

ACESSO VENOSO

Tipo: AVP
Local:

Hipermemia: Dor: Edema Temperatura:
Tempo:

DIETA

Tipo: ☒ Oral Sonda Nasogástrica Sonda Nadoenteral
Observações:

☒ Aceita Aceita Parcial Não Aceita

DIURESE

Sonda:

Espontâneo: AGUARDA

Observações Gerais:

PACIENTE EM POI DE FRATURA DE UMEMO, NA H.V.P. COM MEDICAÇÕES PRESCRITAS, FALTA RX DE CONTROLE, SSVV ESTAVEIS, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Documentação e Exames:

01 PELICULA DE RX+EXAMES LAB+RISCO
CIRURGICO

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em: _____

Janaina Vasconcelos

05/03/2016 12:31
OUT - 865218

JANAINA VASCONCELOS DE SOUTO

Abstract

[illegible][illegible]

PROTOCOL
RECEBIDO

18 NOV 2016

TERRA DO SUL AM.
E CORRETORA DE SEG.

DOCUMENTO 3 "T3/6"



procurador

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO



POLEGAR DIREITO



Katia Suely Oliveira de Franca

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 001.088.933 DATA DS 14/03/2007
GEMAL ENTREGA

NOME
KATIA SUELY OLIVEIRA DE FRANCA

FILIAÇÃO
CICERO DE FRANCA
PAULINA OLIVEIRA DE FRANCA

NATURALIDADE
MOSSORÓ-RN DATA DO NASCIMENTO
09/01/1969

DOC. GEMAL CERT. DE CAS-DIV L-72 F-72 RG-10958
MOSSORÓ-RN-2 CARTÃO

566.931.764-55
2a. VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LE Nº 7.116 DE 29/08/89

PROTOCOLO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE RENT.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AL Nº 012565856727
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

AL Nº 012565856727 BILHETE DE SEGURO DPVAT

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

01 001 111 1554 2015

DOCUMENTO 6 16%



PROTOCOLO RECEBIDO

10/07/2016

TES. ADM. E CORR. DE SEG.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160691120 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JELSON JUSTINO DA SILVA **Data do acidente:** 19/02/2016 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NA CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO OMBRO

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: OMBRO 50%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





RECONHECIMENTO de firma(s)

Reconhecimento de
Firma(s) de
Jelson Justino da Silva

Mossoró/RN 12 ABR. 2016

☐ Fabiana da Silva Magalhães - Notária em Exercício
☒ Aldeia Ligeira de S. A. Souza - Esc. Autorizada
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jelson Justino da Silva, brasileiro(a),
estado civil: solteiro Profissão: motorista portador(a) do RG
30899834, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 042.413.404-26 residente
no(a) Rua Papa Cecília Martins Varela nº 59
bairro: Rio do município: Mossoró RN.

OUTORGADO:

Nome: Kátia Suelly Oliveira de Franco, brasileiro(a)
estado civil: divorciada Profissão: advogada portador(a) do RG
1.088.833, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 566.931.464-53 residente
no(a) Rua General Bompiani nº 1340
bairro: Bom Jardim 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.



Mossoró - RN, 12/04/2016

Local e Data

Jelson Justino da Silva
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

ARUANA SEGUROS
30 ABO. 2016



RECONHECIMENTO(S)

*Reconhecimento de
Fidelidade de
Silva*

Mossoró/RN 12 ABR 2016

☐ Fabiana da Silva Magalhães - Notária em Exercício
☒ Alda Lúcia de S. A. Souza - Esc. Autorizada
 VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jaelson Juntino da Silva, brasileiro(a),
 estado civil: solteiro Profissão: motorista portador(a) do RG
30899834 órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 042.413.404-26 residente
 no(a) Rua Irã Cecília Martins Varela nº 59,
 bairro: Rincão município: Mossoró / RN.

OUTORGADO:

Nome: Kátia Suelly Oliveira de França, brasileiro(a)
 estado civil: divorciada Profissão: advogada portador(a) do RG
1.088.833 órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 666.931.464-53 residente
 no(a) Rua General Lamartine nº 1320
 bairro: Bom Jardim 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.



Mossoró - RN, 12/04/2016
 Local e Data

Jaelson Juntino da Silva
 Assinatura do Outorgante
 (Reconhecer firma por autenticidade)

PROTOCOLADO
 RECEBIDO

18 NOV 2016

TERRA DO SOL - JORNAL
 E CORRETORA DE C/P

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2016

Carta nº: 10064812

A/C: JAEISON JUSTINO DA SILVA

Sinistro: 3160691120 ASL-1159202/16
Vitima: JAEISON JUSTINO DA SILVA
Data Acidente: 19/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: KATIA SUELY OLIVEIRA DE FRANCA

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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10131983

A/C: JELSON JUSTINO DA SILVA

Sinistro: 3160691120 ASL-1159202/16
Vítima: JELSON JUSTINO DA SILVA
Data Acidente: 19/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: KATIA SUELY OLIVEIRA DE FRANCA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

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: JELSON JUSTINO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 0000023098-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OUVEN

DATA RECEBIDO PELA SEGURADORA

João José da Silva
 CPF 04.914.820-04
 04.914.820-04
 João José da Silva
 04.914.820-04

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO. | 13/04/2016

>>P/- EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA

PAG: 001

AG: 0560 MOSSORO

OPER: 013 CONTA: 23.098-4

PERIODO: 01042016 ATE: 13042016

CPF: 072.413.404-26

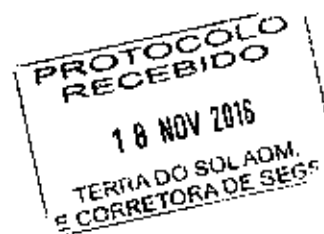
NOME: JAELOSON J DA SILVA

VLR.BLQ.JUD. :

0,00

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
10/04/2016	000000	REM BASICA	0,17610000	0,00 C	0,00
10/04/2016	000000	CRED JUROS	0,00500000	0,01 C	0,01

F1 AJUDA F4 SALDO EM 12/04/2016 R\$ ~~0,00~~ C
F3 RETORNAR F6 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG.
F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. F12 FINALIZAR





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento da Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83440464
Comunicação: C198683B
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1071007 - 19AC ANDRADE DE MORAIS Data/Hora do Acidente (hora local): 19/02/2016 07:40 BR: 110 KM: 47,6
Município/UF: MOSSORÓ/RN Tipo de Acidente: Colisão lateral Sentido da Via: Crescente
Fase do dia: Fim de tarde Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Não Data e horário da solicitação:
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário do

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

DOCUMENTO 1 *T196*



CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Comercial
Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 3
Possui defesa? Não existe Possui meio-fio? Não existe Possui sarjeta? Não existe
Existe canteiro central? Não Estado de Conservação: Largura (m): 0 Tipo de inclinação:
Obstáculo ao Cruzamento: Não informado Estado de Conservação do Obstáculo:
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Comércio
Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Simples Qtd. de Faixas: 2
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reta Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

**PROTOCOLO
RECEBIDO**
18 NOV 2016
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEG.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/03/2016 15:06:52
NÚMERO DE CONTROLE: eeefae5c2bac14cb



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83440464
Comunicação: C1906838
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

Local Preservado

POSTO MARSH

LEGENDA:

- Automóvel
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Capotagem
- Caminhão
- Tombamento
- Incêndio
- Local da Colisão
- Marcha à ré
- Placa de Trânsito
- Trem
- Conjugo
- Objeto Fixo
- Ponto A'
- Ponto A
- Antes da Colisão
- Marca de Freagem
- Veículo Aquecido
- Rabouco/Semi-rabouco
- Triângulo de Advertência
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Patinagem ou Desapropriação
- Deposito da Colisão

UPANDIA/RN

ÁREA BRANCA/RN

Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____
Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____
Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

Conforme realizações realizadas no local do acidente, no município de Mossoró/RN, no km- 47,8 da Dr- 110, constatamos através dos vestígios nos veículos e no pavimento o, ainda corroborado pela declaração do condutor do v1 motoneta Dafra, seguiu reto à frente, quando de repente o condutor do v3 ignorado cruzou a pista de rolamento e o condutor do v2, Honda/Nrx 150 Bros colidiu na traseira de v1, motoneta Dafra.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS:

Placa: _____ Sequencial: V1 Descrição: MOTONETA Chassi: 95VJH8ABM001815 Renavam: _____
Marca/Modelo: UDAFRA SUPER 50 Cor: PRETA Ano: _____ Tipo: Motoneta Emplacamento: _____
Ocupantes: 1 Espécie: Passagiro Categoria: Particular
Proprietário: FRANCISCA ALVES REZENDE CPF/CNPJ: 000.000.000-00
Endereço: RUA- PROF. ARISTIDES NOVAIS, 778 CEP: _____
Município/UF: MOSSORÓ/RN Telefones: _____

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: _____ Placa U2: _____ Placa U3: _____ Placa U4: _____
Origem: MOSSORÓ/RN - BRASIL Destino: MOSSORÓ/RN - BRASIL

RECONSTITUIÇÃO DO VEÍCULO

Manobra do Veículo na Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Freagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: _____ Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: _____ Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: _____ R\$0,00 Produto Perigoso: _____
Descrição da Carga: _____

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: _____ Data/Hora da Recepção (hora local): _____ Motivo: _____
Responsável pela Recepção: _____
Documento do Responsável: _____
Município/UF: _____ Descrição do Encaminhamento: _____

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/03/2016 15:08:52
NÚMERO DE CONTROLE: 9eafaa5c2bae14cb

PROTOCOLO
RECEBIDO

18 NOV 2016

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEC.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83440464
Comunicação: C1986838
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: KGU-1490 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 9C2KD04209R502170 Renavam: 00171121554
Marca/Modelo: Cor: PRETA Ano: 2009 Tipo: Motocicletas Emplacamento: ESTRELA DE ALAGOAS/AL
Ocupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Proprietário: JAEISON JUSTINO DA SILVA CPF/CNPJ: 072.413.404-28
Endereço: TRAV SANTA MARIA 26 QD E CEP: 57.075-875
Município/UF: Telefones:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: MOSSORO/RN - BRASIL Destino: MOSSORO/RN - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIAS DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu Fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: Sequencial: V3 Descrição: EVADIU-SE Chassi: Renavam:
Marca/Modelo: Cor: Ano: Tipo: Não Identificado Emplacamento:
Ocupantes: 1 Espécie: Categoria:
Proprietário: IGNORADO CPF/CNPJ: 000.000.000-00
Endereço: CEP:
Município/UF: Telefones:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIAS DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Cruzando a pista Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Não Há

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

PROTOCOLO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEG

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprt.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/03/2016 15:06:52
NÚMERO DE CONTROLE: eeafa85c2bac14cb



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83440464
Comunicação: C1986838
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUCTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/ MOTONETA
Nome/Apelido: RAONY DE CASTRO MARINHO
Data de Nascimento: 26/10/1989 Sexo: Masculino Estado Civil: Não informado
Nome do Pai: VANKLEBER FONSECA MARINHO
Nome da Mãe: IDIANA VIEIRA DE CASTRO
Endereço: _____ CEP: _____
Município/UF: MOSSORO/RN Telefones: _____ Grau de Instrução: Não informado
Naturalidade: MOSSORO/RN Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: SERVENTE DE OBRAS
CPF: 085.362.764-95 Documento de Identificação: 002.387.456/RN Órgão Expedidor: SSP /RN
Origem: MOSSORO/RN - BRASIL Destino: MOSSORO/RN - BRASIL
Estado Físico: Ileso Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Transcrição da Declaração: _____

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AD Registro CNH: 04788355301/RN Primeira Habilitação: 21/10/2009
Validade CNH: 19/03/2017 País CNH: _____ Dormia? Não Km Percorridos: _____ Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences: _____
Informações Complementares: _____

ENCAMINHAMENTO DO CONDUCTOR

Tipo de Receptor: _____ Responsável pela Recepção: _____ Data/Hora da Recepção (hora local): _____
Documento do Responsável: _____
Município/UF: _____ Motivo: _____
Descrição do: _____

CONDUCTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/XGV-1590
Nome/Apelido: JAEISON JUSTINO DA SILVA
Data de Nascimento: 28/11/1982 Sexo: Masculino Estado Civil: Não informado
Nome do Pai: ANTONIO JUSTINO DA SILVA
Nome da Mãe: BENEDITA MARIA JUSTINO DA SILVA
Endereço: TV. SANTA MARIA, 26 - QUADRA E - CENTRO CEP: _____
Município/UF: ESTRELA DE ALAGOAS/AL Telefones: _____ Grau de Instrução: Não informado
Naturalidade: MOSSORO/RN Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: _____
CPF: 072.413.104-26 Documento de Identificação: _____ Órgão Expedidor: _____
Origem: MOSSORO/RN - BRASIL Destino: MOSSORO/RN - BRASIL
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Transcrição da Declaração: _____

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 04419114820/RN Primeira Habilitação: 01/09/2008
Validade CNH: 15/02/2017 País CNH: _____ Dormia? Não Km Percorridos: _____ Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences: _____
Informações Complementares: _____

ENCAMINHAMENTO DO CONDUCTOR

Tipo de Receptor: _____ Responsável pela Recepção: _____ Data/Hora da Recepção (hora local): _____
Documento do Responsável: _____
Município/UF: _____ Motivo: _____
Descrição do: _____

PROTOCOLO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SOL ALUM.
E CORRETORA DE SE

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprt.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/03/2016 15:08:52
NÚMERO DE CONTROLE: eeafae5c2ba014cb



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83440464
Comunicação: C1986838
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUCTOR: ENVOYU-SE

Veículo: V3 EVADIU-SE

Nome/Apelido: IGNORADO

Data de Nascimento: Sexo: Ignorado Estado Civil:

Nome do Pai:

Nome da Mãe: CEP:

Endereço:

Município/UF: Telefones: Grau de Instrução:

Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:

CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor:

Origem: Destino:

Estado Físico: Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Ignorado

Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Ignorado Categoria CNH: Registro CNH: Primeira Habilitação:

Validade CNH: País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUCTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção: Data/Hora da Recepção (hora local):

Documento do Responsável: Motivo:

Município/UF:

Descrição do

PROTOCOLO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEG

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/03/2016 15:06:52
NÚMERO DE CONTROLE: e6a1a5c2bac14cb



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83440464
Comunicação: C1986538
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V1 / I/DAFRA SUPER 50 **Placa:**
Nome do Agente/Assinatura: ISAC ANDRADE DE MORAIS **Nº BOAT:** 83440464
Registro/Matrícula do Agente: 1071007 **Data:** 19/02/2016 07:40

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sím	Não	NA
1	Guidão, e suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2		X	
3	Amortecedor(es) tras. (inclusive fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X	
9	Pedala de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2		X	
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
Descrição - Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedores) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	

Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SÍM" E "NA" :

3

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinalar abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☒ **Dano de Pequena Monto:** até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SÍM" e "NA", desde que não tenham sido danificados nenhum componente estrutural.
- ☐ **Dano de Média Monto:** acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SÍM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- ☐ **Dano de Grande Monto:** quando tiverem sido assinalados nas colunas "SÍM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independentemente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SÍM
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SÍM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

**PROTOCOLO
RECEBIDO**
18 NOV 2016
**TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS**

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/03/2016 15:06:52
NÚMERO DE CONTROLE: e0afa05c2bac14cb



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83440464
Comunicação: C1986838
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V2 Placa: KGU-1490
Nome do Agente/Assinatura: ISAC ANDRADE DE MORAIS Nº BOAT: 83440464
Registro/Matrícula do Agente: 1071007 Data: 19/02/2016 07:40

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	2		X	
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc.)	2		X	
3	Amortecedor(es) tras. (inclusive fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo da parte traseira	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc.)	2		X	
9	Pedala de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2	X		
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
Descrição - Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e moes sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, complementos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA":			3		

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale global o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☒ Dano de Pequena Montar: até 15 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- ☐ Dano de Média Montar: acima de 15 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- ☐ Dano de Grande Montar: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independentemente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM.
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO.
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NAO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

PROTOCOLO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SUL
E CORRETORA DE SEG

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/03/2016 15:05:52
NÚMERO DE CONTROLE: ecafae5c2ba014cb



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Juliano Justina da Silva, portador da
carteira de identidade nº 04419114820 e inscrito no CPF/ME sob o nº
072.413.404-26 residente e domiciliado na
Rua Professor Cely Martins Viana, 59, Bairro Cidade
Itapecuru Estado Piauí, declaro, sob as penas da
lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os
fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza
Perícias para fins de prova do seguro DPVAT; ou
(X) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com
prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para
a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via
terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha
documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando,
desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a
correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do
art. 3º da Lei nº 5.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não
significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de
impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

PROTOCOLO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEC.

Juliano Justina da Silva
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Itapecuru/PN 07.07.2016
Local e data



SAMU
MOSSORÓ
192

ATO DECLARATORIO
Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA

DOCUMENTO 2 "T296"



Mossoró 02 de Março de 2016

Em resposta a solicitação do (a) Sr (a) WELLINGTON VIEIRA DA ROCHA,
RG 1.216.400 passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: S/N

Nome do Paciente: JAEISON JUSTINO DA SILVA, 33 anos.

Data: 19/02/2016

Local da ocorrência: BR-110

Viatura: USB - Unidade de Suporte Básico III

Hora do Chamado: 08h 15min.

Natureza da Ocorrência: Colisão de moto x moto.

Procedimento no Local: Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU,
encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.

PROTÓCOLO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SE

Silvânia do Monte Santiago

Agente administrativo SAMU/Mossoró

Ananda Ruth de Paula Góis
Secretaria Municipal de Saúde
Mossoró - RN
Diretora do SAMU/Mossoró

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/11/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAEISON JUSTINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000023098-4

Nr. da Autenticação D05BC08C20EC1ABE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu João José da Silva CNR 26 nº 04419114820
 data de expedição 12/03/2012 Órgão Dilmar Leão CPF nº 072.413.404-26
 venho perante a este instrumento declarar que não possui 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 Professora Grey Martins Vanda</u>
Número	<u>59</u>
Apto / Complemento	<u>Pinhão</u>
Bairro	
Cidade	<u>Montsonia</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59.600-000</u>
Telefone de Contato	<u>9944 - 8666 / 98889-9930</u>
E-mail	

PROTÓCOLO
RECEBIDO
18-NOV-2016
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEC.

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Montsonia 03.07.2016

Assinatura do Declarante:

João José da Silva



Carta Social de Energia Elétrica: Emitida pela Lei 16.421, de 26/06/03
Cosern - Companhia de Energia Elétrica do Rio Grande do Sul
Rua Manoel, 150, Bairro: Centro, Rio Grande do Sul - CEP 91205-020
CNPJ 04.324.102/0001-11 (Insc. Est. 26.623.025-9) www.cosern.com.br

JAELSON JUSTINO DA SILVA

CPF 072.453.404-70

CLASSIFICAÇÃO
RUA RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MORCELO

Nº DA CONTABILIDADE 001327578
Nº DO CLIENTE 07824
Nº DA REGISTRAÇÃO 29037016

APRESENTAÇÃO 29/03/2016
Nº DO CLIENTE 2010656750
Nº DA REGISTRAÇÃO 2353703

SUBSCRIÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA
RUA PROFESSORA CECILIA RIBEIRO VARELA
59

RUA JOAQUIM LUIZ DA
MOSBORG 100
96500-000

CONTA CONTRATO 7006046295
MÊS 03/2016
DATA DE VENCIMENTO 05/04/2016
COTAÇÃO DE PREÇOS 27/04/2016

TOTAL A PAGAR (R\$) 240,92

CONSUMO MENSUAL	Localização	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Categoria Mercado	350,0000000	0,57000000	207,00
Atividade Doméstica			7,40
Atividade Comercial			1,50
Contribuição Ambiental PCHs			18,84
Multa por atraso NF 001327578 - 28/02/16			2,10
Multa por atraso NF 001327578 - 28/02/16			2,80
Multa por atraso NF 001327578 - 27/03/16			1,24
Multa por atraso NF 001327578 - 28/02/16			0,57
TOTAL DA FATURA			240,92

CONSUMO MENSUAL	Localização	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Categoria Mercado	350,0000000	0,57000000	207,00
Atividade Doméstica			7,40
Atividade Comercial			1,50
Contribuição Ambiental PCHs			18,84
Multa por atraso NF 001327578 - 28/02/16			2,10
Multa por atraso NF 001327578 - 28/02/16			2,80
Multa por atraso NF 001327578 - 27/03/16			1,24
Multa por atraso NF 001327578 - 28/02/16			0,57
TOTAL DA FATURA			240,92

CONSUMO MENSUAL	Localização	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Categoria Mercado	350,0000000	0,57000000	207,00
Atividade Doméstica			7,40
Atividade Comercial			1,50
Contribuição Ambiental PCHs			18,84
Multa por atraso NF 001327578 - 28/02/16			2,10
Multa por atraso NF 001327578 - 28/02/16			2,80
Multa por atraso NF 001327578 - 27/03/16			1,24
Multa por atraso NF 001327578 - 28/02/16			0,57
TOTAL DA FATURA			240,92

PROTOCOL
RECEBIDO

16 NOV 2016

TERRA DO SOL
CORRETORA DE

Assinatura do Cliente e do Representante da Empresa. O valor da fatura é baseado no consumo de energia elétrica registrado no mês anterior. O valor da fatura é baseado no consumo de energia elétrica registrado no mês anterior. O valor da fatura é baseado no consumo de energia elétrica registrado no mês anterior.

CONSUMO MENSUAL	Localização	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Categoria Mercado	350,0000000	0,57000000	207,00
Atividade Doméstica			7,40
Atividade Comercial			1,50
Contribuição Ambiental PCHs			18,84
Multa por atraso NF 001327578 - 28/02/16			2,10
Multa por atraso NF 001327578 - 28/02/16			2,80
Multa por atraso NF 001327578 - 27/03/16			1,24
Multa por atraso NF 001327578 - 28/02/16			0,57
TOTAL DA FATURA			240,92

CONTA CONTRATO 7006046295
MÊS 03/2016
DATA DE VENCIMENTO 05/04/2016
TOTAL A PAGAR (R\$) 240,92

83650000002-4 40920038007-8 00604629520-7 00515859833-5





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Katia Sueli Oliveira de Franca,
 RG nº 001.088.833, data de expedição 14/03/07 Órgão
SSP/RN, CPF nº 566.931.764.53, 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:

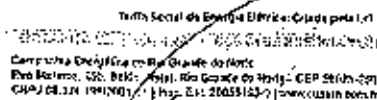
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Prof. Amora e Silva Varal</u>	
Número	<u>59</u>	
Apto / Complemento		
Bairro	<u>Pinhão</u>	
Cidade	<u>Umuarama</u>	
Estado	<u>RN</u>	
CEP	<u>59.600.001</u>	
Telefone de Contato		
E-mail		

PROTOCOLO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SUL ADIM.
CORRETORA DE SEC.

Por ser verdade, firmo-me,

Local e Data: Umuarama/RN, 23-08-2016

Assinatura do Declarante: [Assinatura]



59

RINGDINGKALUBAN
MOSORO RN
5401-401

CHIA CONSTATO	INFORMATO
7006046295	03/2018
DATA DI VERIFICAZIONE	DATA DELL'INTERVISTA/INCHIESTA
05/04/2016	27/04/2016
TOTAL A PAGAR (IVA)	240 92

NO BA HOTA FISCAL	ISSUE	PRINTED
001327538	URICA	29/03/2016
APPROVED	DO CLERK	NO BA HOTA FISCAL
29/03/2016	3010540758	27/03/2016

[illegible]

TOTAL DAFATUR

REINTEGRATIVO DE CONSUMO EM ROTA FISCAL									
Nº DO RECDOR	TIPO DO FUNDOS	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	VALOR	CONSUMO	ANEXO	CONSUMO (RUBRO)
212002173	CAE	25/05/16	0123,00	26/05/16	0123,00	1,0000			1000

DISEASE	CASES
MEASLES	640
FEVRI	258
MILI	241
CHOL	245
HEPAT	241
CHOL	222
SETI	222
ADEN	217
ALL	218
AM	206
WAT	200
ADEN	193
WAT	187

Composite Food Contaminants	CASES
Organic Acids	85,21
Transfats	3,20
Cholesterol	50,21
Trans Fats	6,90
Total	216,11

[illegible]

PROTOCOLO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SOL RQM.
E CORRETORA DE SEC.

VALORES DE PREÇOS E QUANTIDADES					VALORES DE PREÇOS E QUANTIDADES		
CÓDIGO	NOME	VALOR UNITÁRIO	QUANTIDADE	VALOR TOTAL	CÓDIGO	NOME	VALOR UNITÁRIO
001	...	...	...	...	001	...	...
002	...	...	...	...	002	...	...
003	...	...	...	...	003	...	...
004	...	...	...	...	004	...	...

PORTAL CON(STATO)	MPR(STATO)	DATA DI VERIFICA	TOTALE A PAGARE (RUB)
7001048295	03/2018	05/04/2016	240,92

8385000002-4 40920038007-8 00604629520-7 00515869833-5

