
Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2017

Carta nº 10980716

a/c: ANTONIA AGUIAR

Sinistro: 3160281302 ASL-0867668/16
Vítima: EMANUEL PEDRO AGUIAR
Data Acidente: 29/05/2015
Natureza: MORTE
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2016

Carta nº: 10037565

A/C: ANTONIA AGUIAR

Sinistro: 3160281302 ASL-0867668/16
Vitima: EMANUEL PEDRO AGUIAR
Data Acidente: 29/05/2015
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/11/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/05/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência faltando página
- Laudo do IML - Necrópsia

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na SOMPO SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

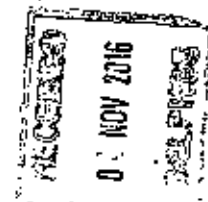
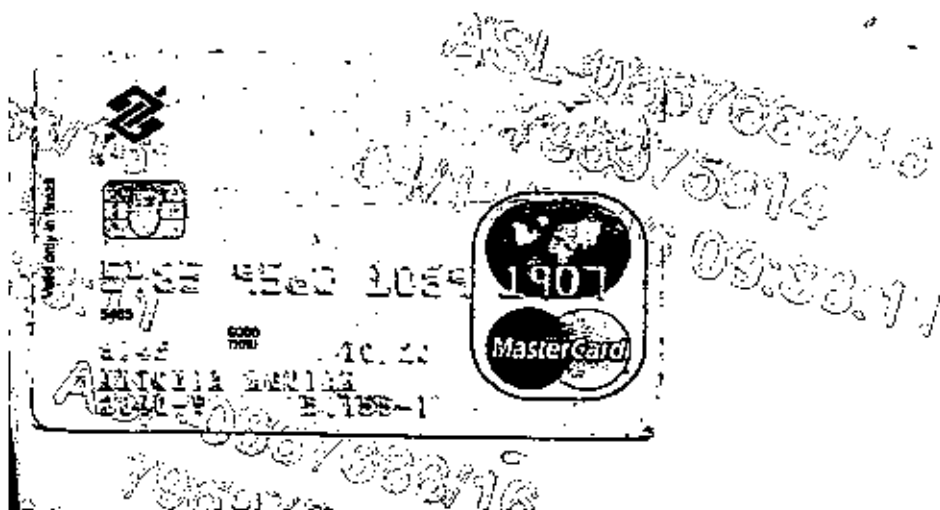
PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

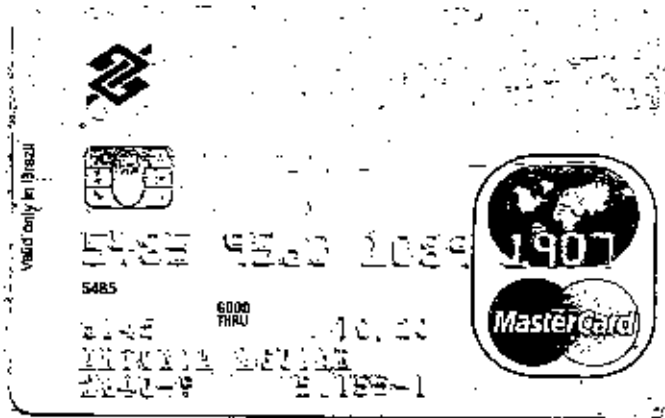




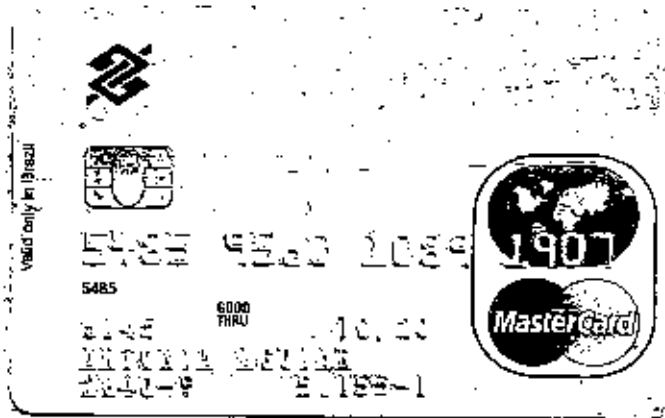
FILE NO:

● 2010年10月1日起，凡在中华人民共和国境内销售货物或者提供加工、修理修配劳务以及进口货物的单位和个人，均应按照《中华人民共和国增值税暂行条例》及实施细则缴纳增值税。

[illegible]



[illegible]



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ALFABETIZADA: 1.014.029 DATA: 10.11.1986

ANTONIA AGUIAR

MARCEL AGUIAR, DR. NASCIMENTO FILHO

MARIA GONÇALVES DE MORAIS

SANTA CRUZ-RE 28.01.1940

CEM. NASC. Nº 8.029 LIV 18 FL 158V

199V-CART. DE SANTA CRUZ-RE

336.724-154-72

LEI Nº 11.127/66

BRASIL 1988

FORO GRANDE DO NORTE

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

COLEÇÃO DE FOTOGRAFIA

ANTONIA AGUIAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

[illegible][illegible]

Cutis



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Moisés de Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Salgado

Nome: Ornival Pires Aguiar Nº Registro: 12274/1911
Serviço: Neu Idade: 72 Sexo: M

DATA: 19/10/15 EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Nº: 1910715 TCE grave + CD (E)
- TEST. Não catata.
- Pseudomane - @ Polimixina B. @ Ofepe.
- Craniotomia plástica devida.
AOL
Com Programação alta de
Soluções de grupo Multidisciplinar.
Análise clínica
Tratamento Polimixina B.
Guilherme Lacerda O. Lima
CRM - 24.5024
Neurologia

24/07/15. Ferimentos e lesões com quadro
clínico extenso. Bases
periféricas periferias.
Alfabetização centralizada
CD: VPM

25/07/15
Pct. Atual. Condição melhorada.
Dr. Kleison Bastos
ORTOPEDISTA
CRM 4224

25/07/15
Pct. Atual. Condição melhorada.
Dr. Euzenir Pires de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM RJ 3421 TEOT 6434
PP 422-630-474-63

25/07/15
Pct. Atual. Condição melhorada.
Dr. Euzenir Pires de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM RJ 3421 TEOT 6434
PP 422-630-474-63

25/07/15
Pct. Atual. Condição melhorada.
Dr. Euzenir Pires de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM RJ 3421 TEOT 6434
PP 422-630-474-63



Laudo

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ANTONIA AGUIAR, portador da carteira de
Identidade nº 1.014.029 e inscrito no CPF/MF sob o nº 336.124.134-72,
residente e domiciliado na RUA JOÃO VÁRIAS DE ARAÚJO, Nº 543,
Cidade SÃO JOSÉ DO CAPISTRÃO, Estado RIO GRANDE DO NORTE, declaro, sob as penas da lei, que
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de
indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há 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
- ☐ 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
6.194/74.

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.

Antônia Aguiar
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data





Seguradora Líder - DPVAT



11:22 22/04/2016 090250 SEGURADORA LIDER DPVAT 5

COLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

MORTE **(M)**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Emanuel Pedro Aguiar
 DATA DO ACIDENTE 25/05/2015 CPF DA VÍTIMA 041.582.654.64
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Antonia Aguiar
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () REPRESENTANTE LEGAL (X) BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É Genitora
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua João Matias de Sousa
 Nº 543 COMPLEMENTO BAIRRO Centro
 CIDADE Silvânia UF RN CEP 59.275-000
 E-MAIL jauevaurea23@gmail.com TELEFONE (34) 99874-9120

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO)
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS AO LADO, NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO CADAVERÍCO (IML) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÓPSIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTA O BENEFICIÁRIO MENOR, DE 0 A 15 ANOS)

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS DO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

- () CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO (ORIGINAL), INFORMANDO ESTAR O CÔNJUGUE CASADO COM A VÍTIMA ATÉ A DATA DE FALECIMENTO, BEM COMO SE A VÍTIMA DEIXOU OU NÃO DEIXOU FILHOS

DOCUMENTOS DA COMPANHEIRA (A)

- () PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO COMPANHEIRO(A) E CÔNJUGUE

- () PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE CASAMENTO, COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)
- () TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHEIRO(A), E O CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

DOCUMENTOS DO(A) FILHO(A) OU NETO(A) DA VÍTIMA

- () DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÔ(Ó) DA VÍTIMA

- (X) DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VÍTIMA

- () DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
- () CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 23/04/2016
 IDENTIDADE 1.014.029
 ASSINATURA Antonia Aguiar

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 13.04.16 MATR. CORREIOS 8.628.044
 NOME Carla Cristina de Souza
 ASSINATURA Carla Cristina de Souza
 Assinatura do AC/UF: RN



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: EMANUEL PEDRO ABELATI

Idade 30 anos Nº Reg 104235515

Serviço: FISIOTERAPIA

Enfº 2º Leito 202

AO SERVIÇO TERAPIA OCUPACIONAL

MOTIVO DA CONSULTA - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

PT SECUNDÁRIO POR TCE APRESENTANDO TRATADO FLEXÃO DE MÃOS E
FLEXÃO PLANTAR DE TORNADOLO ESQUERDO. SOLICITO AVALIAÇÃO
DA TERAPIA OCUPACIONAL PARA CONFECÇÃO DE ORTESE.

Dr. Davison Pires
Fisioterapeuta
CREITO 181690-F

Natal 04 de ABRIL de 2015

Médico que solicita o parecer

PARECER

Emanuel foi avaliado e admitido na
Terapia Ocupacional conforme evolução em
portante. Além de ortese, necessita de adap-
tações da Terapia Ocupacional com
ênfase nas AVDs.

Grata

Leidiane F. de Castro
TERAPEUTA OCUPACIONAL
Esp. Contexto Hosp. e Saúde Mental
CREITO 11174-TO



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

Nome: Emanuel Pinheiro Nº Registro: _____
Serviço: Nce Idade: _____ Leito: _____

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
<u>NCE</u>	<u>19/07/15. TCE grave + C1 E2.</u> <u>- Test Não cateta.</u> <u>- Ponderação - C1 Polimixina B. R. Agripa.</u> <u>- Craniotomia fechada drenada.</u> <u>POOR</u> <u>C1: Proposta alta NCE.</u> <u>- Solicito trans. Multidisciplinar.</u> <u>- Avaliação clínica</u> <u>- Jureldy Polimixina B.</u>
<u>24/07/15.</u>	<u>Permanente evoluindo com quadro</u> <u>difuso extenso. Boa</u> <u>perfusão periférica.</u> <u>Avaliação de controle</u> <u>C1: VPM</u>
<u>25/07/15</u>	<u>Contado.</u> <u>PCT Nível. conduta mantida.</u> <u>Dr. Kleudson Bastos</u> <u>ORTOPEDIA</u> <u>CRM 4424</u>
<u>28/07/15</u>	<u>PCT Nível. conduta mantida.</u> <u>Dr. Eusebio Pinheiro Borges</u> <u>Ortopedia e Traumatologia</u> <u>CRM RJ 3421 TEOT 6434</u> <u>PP 428.658.174-50</u>
<u>29/07/15</u>	<u>PCT Nível. conduta mantida.</u> <u>Dr. Eusebio Pinheiro Borges</u> <u>Ortopedia e Traumatologia</u> <u>CRM RJ 3421 TEOT 6434</u> <u>PP 428.658.174-50</u>
<u>30/07/15</u>	<u>Contado. C1 VPM mantida.</u> <u>Emanuel V...</u>



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Emanuel Pedro Aron Idade: 207
Serviço: Enfermagem Enf: Leila

AO SERVIÇO

MOTIVO DA CONSULTA (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

kg para TCE

em uso de SNE

S/ restrição de líquidos
tar oral

folheto de SNE

Natal 10 de 18 de 20

Médico que solicita o parecer

PARECER

Alimentação (GTM)

paciente com síndrome neurológica
MS - TCE.

em uso prolongado de SNE (± 3 meses)
sem alterações alimentares.

no momento, não há sinais de
cáries formula alimentar no hospital, tendo
para nutrição do paciente com via
enteral, quanto à via convencional
(ABEPTA).

folheto prescrito para dieta
quando chover, na presença o médico

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES
2653923

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE
EMANOEL PEDRO DE AGUIAR

Nº DO PRONTUÁRIO
1042356

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO
10/10/1984

SEXO
MASCULINO

RAÇA/COR

ETNIA

NOME DA MÃE
NAO DECLARADA

DDD TELEFONE DE CONTATO

RESPONSÁVEL

DDD TELEFONE DE CONTATO

ENDEREÇO (LOGRADOURO, Nº, COMPLEMENTO)
VIA PUBLICA PARNAMIRIM

Bairro
EMAUS

MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA
PARANAMIRIM

UF
RN

CEP

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Queixa de vômito
Gastrite 3.
Risco de vômito

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Risco de vômito

PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVA DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

LAO de urina: LAD, Hest, mchou, cres

DIAGNÓSTICO INICIAL

LAO Grave

CID 10 PRINCIPAL
1069

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOC.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

LAO de urina

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

CLÍNICA
POLITRAUMA

CRITÉRIO DA INTERNAÇÃO

DOCUMENTO
() CNS () CPF

Nº DOCUMENTO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
GLADSTONE SANTOS COSTA

DATA DA SOLICITAÇÃO
29/05/2015 23:02

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

ACIDENTE

() TRÂNSITO
() TRABALHO TÍPICO
() TRABALHO TRAJETO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

CNPJ DA SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ EMPRESA

CNAE DA EMPRESA

GRUP

VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

COD. ÓRGÃO EMISSOR

AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DOCUMENTO

() CNS () CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro, Clive Springs

Nome: Manuel Pedro Aguiar

NR Register

Serviço: ODONTOLOGIA

Idade: 33

Leitz: 207

[illegible]



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Emmanuel Pereira do Alencar Reg. Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Luxação do joelho

Indicação terapêutica: Redução + fixação do joelho

INTERVENÇÃO

INÍCIO: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: Castro R. - B

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas
e descrição dos processos - Ligaduras e suturas empregadas - Drenagem - Curativos

Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Obs.:

- ① Redução + Anestesia local
- ② Anestesia local +
- ③ Fixação com Pilon
- ④ Curativo
- ⑤ RPA

11:22 22/04/2016 09:02:66 SSM/ODR LNER DMT 3

RECIBO DE ENTREGA
DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS
Nº 107002-01
Data: 22/04/2016
Assinatura: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

INTERNAÇÃO HOSPITALAR
29 Setembro Alta
DE SAÚDE Administrativa
CSES

UNIDADE ESTABELECIMENTO COLUNA	IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	Arquitetura
HOSPITAL MONSIEUR WALTER GURGEL		CNES
		0454923
UNIDADE ESTABELECIMENTO DE CATEGORIA		CNES
HOSPITAL MONSIEUR WALTER GURGEL		

NOME DO PACIENTE		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME DO PAZIRO DE AGUIAR		Nº DO PRONTUÁRIO	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		1012356	
DATA DE NASCIMENTO		SEXO	ETNIA
10/10/1984		MASCULINO	
NOME DA MÃE		DDD - TELEFONE DE CONTATO	
NÃO DEIXADA			
RESPONSÁVEL		DDD - TELEFONE DE CONTATO	
ENDEREÇO COMPLETO, Nº COMPLETO			
VIA PÚBLICA - PARNAMIRIM			
CABELO		MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA	
BRANCO		PARNAMIRIM	
		UF	CEP
		RN	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Questão de Usp
Glycogen 3
Reticulo medular e RER ⊕
Reticulo de Usp

TESTES DE SELEÇÃO E PROVA DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

DIAGNÓSTICO: LAD, Hist, in chow creek

DIAGNÓSTICO: 1st Grave

CID TO PRINCIPAL: 506.5

CID TO SECUNDÁRIO:

CID TO CAUSAS ASSOC:

PROCESSO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
<i>11-10000</i>		<i>Atividade</i>			
FUNÇÃO		DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO		DOCUMENTO	
ULTRAÍONIA				() CNG - (X) OFF	
NOME DO PROMOTORIAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		DATA DA SOLICITAÇÃO		ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
ADSTONE SANTOS COSTA		29/05/2015 23:02		<i>[Assinatura]</i>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

TRANSITO	CI/PJ DA SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE
TRABALHO TÍPICO	CI/PJ EMPRESA	RAE DA EMPRESA	CEOR
TRABALHO TRAVEJO			

QUAL A CAUSA DO ACIDENTE?

EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO REGISTRADO ()

E DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [] COD. ORGÃO EMISSOR: [] AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR: []
 NOME DO PACIENTE: [] 1º DOCUMENTO (CNS-OPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR: []
 DATA DE EMISSÃO: [] ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO: []

Módulo Hospitalar da Faculdade de Medicina
 10 01 13
 Medicina - Medicina



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA ELEITORAL ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
15ª Zona – São José do Campestre
Praça São José, s/n Fone: (084) 3294-2374

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que, para fins de produção de certidão de óbito, em consulta ao Cadastro Nacional de Eleitores, nesta data, verifiquei que o eleitor **EMANUEL PEDRO AGUIAR** possui inscrição eleitoral de número 0191 5844 1600 , a qual se encontra suspensa, estando, portanto, o eleitor com seus direitos políticos suspensos..

S. J. Campestre, 06 de abril de 2016.

Rebeca Nóbrega da Cunha Gallindo

Chefe do Cartório Eleitoral - 15ª ZE

DATA: 16/09/2015

IDADE: _____ ANOS

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Estado da
Hospital Monsenhor Walfredo

PRESCRIÇÃO MÉDICA - 2º PAVIMENTO

[illegible]

- | | |
|-----|--|
| 001 | DIETA POR SNE HIPERPROTEICA E HIPERCALORICA |
| 002 | S.F. 0.9% - 1.000ML EV 14GTS/MIN. |
| 003 | ANTAK 50MG - 01 AMPOLA + 18ML ABD EV 8/8H |
| 004 | HIDANTAL 100MG - 01 CP. POR SNE 8/8H |
| 005 | CLEXANE 40MG - SC 1X DIA |
| 006 | HGT 4X DIA + PROTOCOLO: |
| 007 | GLICOSE 50% - 03 AMPOLAS EV SE HGT < 70MG/DL |
| 008 | ACETILCISTEINA 600MG - 01 ENVELOPE + AGUA POR SNE 12/12H |
| 009 | NBZ - COM S.F. 5ML + ATROVENT 30GTS 6/6H |
| 010 | DIAZEPAM 10MG - 01 CP. POR SNE A NOITE |
| 011 | FISIOTERAPIA MOPTORA E RESPIRATORIA |
| 012 | ASPIRAR VAS 2X DIA |
| 013 | CABECEIRA ELEVADA 30° |
| 014 | SINAIS VITAIS |

15	Vollständige	19	+ vom 1899, ev. 1899
16	Fondation	1	1899

DEPT. OF THE ARMY
WASHINGTON, D. C.
OFFICE OF THE CHIEF OF STAFF

20

Nome: Emanuel Pedro Aguiar

Serviço: Terapia Ocupacional

Nº Registro: 104235615

Idade: 32a

Leito: 307

T. OCUPACIONAL - EVOLUÇÃO

DATA	EVOLUÇÃO
05.08.16	<p>T Emanuel foi avaliada e admitida na T. Terap. Ocupacional conforme solicitação da Fisioterapia. O mesmo estava no leito em decúbito dorsal, rígido, supnido em AA, TOT, SNG dependente total nas AVDs com comunicação não verbal, hipotônico, com distúrbios posturais flexor em cotovelo E. e joelho D. Flexor em cotovelo D. e pé. Estava contido (MMSS), com diademas uterinas em MTE, postura consolidada (BIC) em naturais, digito, clavicular, pescoço de massa excipática e esmaltada óssea em ataxia. Distúrbio abdução em lateralização D. e ataxia. Realizado exercícios de MMSS para estimular movimentos ativos de membros, alinhamento e posicionamento de quadril, mudança de decúbito livre para lado D (para orientação para a direita geral). Orientação sobre uso das juntas do mto, uso da TO e exercícios diversos de atividades. Solicito parecer da Psicologia para avaliação/cuidado do humor.</p> <p style="text-align: center;"><i>[Assinatura]</i></p> <p style="text-align: center;">Leidiane F. de Queiroz TERAPEUTA OCUPACIONAL Esp. Correlação Hosp. e Saúde Mental CREETO 11174-TO</p>
24.08.16	<p>T Emanuel estava no leito em decúbito dorsal sem interação com a terapia e apresentava posturas flexor e contratura em MMSS. Condição do ortopedista para posicionamento cotovelo - hiperextensão, simétrica. Dados orientados para a avaliação.</p> <p style="text-align: center;"><i>[Assinatura]</i></p> <p style="text-align: center;">CREETO 11174-TO</p>
26.08.16	<p>T Emanuel estava no leito, hipotônico, não colaborava. Em contato com a cuidadora. Não houve comportamento adequado de interação de familiares e/ou responsáveis do quadro (leito). Foi realizado o plano de cuidados. Realizado posicionamento MMSS, AVDs do leito, MMSS, fortalecimento.</p>

11/24 22/04/2016 09:00:00



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

Nome: Raimundo José da Silva Nº Registro: _____
Serviço: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Letra: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

09/05/15

Paciente trazido pelo pai e história de queda de um dos colúmbos e como sendo atendido no Hospital Clóvis Salinho e internado no Hospital de Urgência de Natal.

No exame:

Colúmbos

Colúmbos mediano e lateralmente

na altura da

intubação em nível da base da

TC de colúmbos - normal

TC de colúmbos - normal

TC de colúmbos - normal

TC de colúmbos - normal

TC de colúmbos - normal

TC de colúmbos - normal

TC de colúmbos - normal

TC de colúmbos - normal



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

Nome: Emanuel Pedro AGUIAR

Serviço: Odontológico

Idade: 22 anos

Nº Registro:

Letra: 207

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
31/7/15	PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO - ALIM. P/ Sonda - FOI REALIZADO LIMPEZA da BOCA EL GASE UMIDA EM PERIOGARD SI ESCORRE
	Interessados.
	<u>Elyzabeth M. V. Pontes</u> CIRURGIÁ - DENTISTA CRO 1089
17/8/15	Paciente vítima de ped. moto - politraumatizado, alimentado P/ Sonda nasal - Traqueostomizado, si escorrendo Higiene Oral - Lúmen el bastante saburoso - Foi feita a higiene Oral el Primórdio em gaze umida si escorrendo muito
	Interessados
	<u>Elyzabeth M. V. Pontes</u> CIRURGIÁ - DENTISTA CRO 1089
4/9/15	PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO - FOI FEITO HIGIENE ORAL EL ELOREXIDINE A 0,12% EM GASE UMIDA SI ESCORREMENT
	Interessados
	<u>Elyzabeth M. V. Pontes</u> CIRURGIÁ - DENTISTA CRO 1089
11/9/15	Paciente traqueostom. foi feita Higiene Oral el Oloresidine a 0,12% em Gase umida si escorrendo Oral. Suprael P/ índices dos lábios foi feito
	Interessados
	<u>Elyzabeth M. V. Pontes</u> CIRURGIÁ - DENTISTA CRO 1089

11/9/15 08:02:24 - EMBORRACHADO LÍTER (MANT. - 5

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônia Aguiar

RG nº 4014.029, data de expedição 10/11/86, Órgão SSP/RN,

CPF nº 336.724.154-72, 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 João Matias</u>
Número	<u>543</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>São José do Bonfeste</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59275 000</u>
Telefone de Contato	<u>99874 9120</u>
E-mail	<u>MaueVaneza23@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: São José do Bonfeste, 12 de Abril 2016

Assinatura do Declarante: Antônia Aguiar

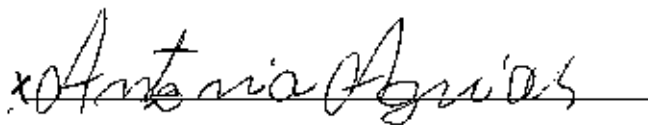
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ANTONIA AGUIAR, portador da carteira de identidade nº 1.014.029 e inscrito no CPF/ME sob o nº 336.724.154-72, residente e domiciliado na RUA JOÃO MATIAS DE ARAUJO, Nº 549, Cidade SAO JOSE DO CAMPESTRE, Estado RIO GRANDE DO NORTE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há 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
- ☐ 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 6.194/74.

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.




Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

São José do Campestre, 13 de abril 2016

Local e data

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0867668/16

Vítima: EMANUEL PEDRO AGUIAR

CPF: 011.582.654-84

Data do Acidente: 29/05/2015

Titular do CPF: EMANUEL PEDRO AGUIAR

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Certidão de óbito
Comprovação de ato declaratório
Documentos de identificação
Outros

ANTONIA AGUIAR : 336.724.154-72

Autorização de pagamento
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de Identificação

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 ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 03/05/2016

Nome: ANTONIA AGUIAR

CPF/CNPJ: 336.724.154-72

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 03/05/2016

Nome: RICARDO TADEU BARBOSA DA SILVA

CPF: 795.584.297-91

ANTONIA AGUIAR

RICARDO TADEU BARBOSA DA SILVA

06/15



**Seguro
DPVAT**
Seguradora Líder

**SER
AC
POSTAG
SEGURAI**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

blog: www.viverseguronotransito.com.br

☒ AR
Correios ☐ MP

SEDEX

PESO (kg)
0,142

DI 49278269 5 BR



0867668/16

REMETENTE / Sender

ANTONIA AGUIAR

TELEFONE / Phone Number

ENDEREÇO / Address

RUA TOÃO MATIAS 512

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

REGISTRO: 1.014.029 DATA: 10.11.1986

ANTONIA AGUIAR

MARCEL AGUIAR, DR. NASCIMENTO FILHO

MARIA GONÇALVES DE MORAIS

SANTA CRUZ-RE 28.01.1940

CERT. NASC. Nº 8.029 LIV 18 FL 158V

199V-CART. DE SANTA CRUZ-RE

336.724-154-72

LEI Nº 11.127/66

BRASIL - REPÚBLICA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

COLEÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO

SOLEZADO (BIBLIO)

ANTONIA AGUIAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME DO TITULAR: ERMANUEL PEDRO AGUIAR
NOME DO CÔNJUGE: JOSE GONCALO PEDRO ANTONIA AGUIAR
MUNICÍPIO: SANTO ANTONIO - RN
DATA DE NASCIMENTO: 01/10/1982
CPF: 011.582.654-34
ENDEREÇO: Joesias Ferreira do Nascimento Junior, Rua da Liberdade, 100 - Jd. Santa Helena - CEP 57.000-000 - Maceió - AL
ASSINATURA: [Assinatura manuscrita]

LEI Nº 7.116 DE 29/02/83



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonia Aguiar
RG nº 3014029, data de expedição 10/11/96 Órgão SSP/RN

CPF nº 836.724.134-72, 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 tercelro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua São Natias</u>
Número	<u>543</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>São do Bonfim</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59275-000</u>
Telefone de Contato	<u>99874 9120</u>
E-mail	<u>luciana23@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: São do Bonfim, 12 de Abril 2016

Assinatura do Declarante:

Antonia Aguiar

RECÉBIDO
04 NOV 2016
DELPHOS



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

A10

PACIENTE EMANOEL PEDRO DE AGUIAR
DATA DE ENTRADA 29/05/2015 **HORA** 21:37 **Nº BAA** 96034

IDADE 31 **SEXO** M **ETNIA** -
CARTÃO SUS - **ESTADO CIVIL** Solteiro(a)
CPF - **RG** - - -

NOME DA MÃE ANTONIA AGUIAR
NOME DO PAI JOSE GONCALO PEDRO
NASCIMENTO 10/10/1984

NATURALIDADE Natal-RN
PROFISSÃO -

TELEFONE -
RUA/AV. Rua Nova Cruz Nº 01
COMPLEMENTO PARNAMIRIM
CEP 59152-520

BAIRRO Nova Parnamirim
CIDADE Parnamirim-RN

ORIGEM Ambulância - SAMU **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Queda de moto
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Auristela

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

18:22:22/04/2016 09:00:01 SENSORA LIGER 0000

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

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID



"0002"

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

EMANUEL PEDRO AGUIAR

MATRÍCULA:

0954550155 2016 4 00005 259 0001726 91

SEXO

masculino

COR

Parda

ESTADO CIVIL E IDADE

solteiro, com 33 anos de idade

NATURALIDADE

Santo Antônio/RN

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RG nº 2.145.939-SESPDS/RN

ELEITOR

Era eleitor

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

JOSE GONÇALO PEDRO e ANTONIA AGUIAR. Residia Rua João Matias, nº 543, São José do Campestre/RN

DATA E HORA DE FALECIMENTO

vinte e nove de março de dois mil e dezesseis às 00:45 horas

DIA MÊS ANO

29/03/2016

LOCAL DE FALECIMENTO

Rua João Matias em São José do Campestre/RN

CAUSA DA MORTE

Shoc Septico, Escaras Septicas e Tetraplegia

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO SE CONHECIDO)

Cemitério São José, desta cidade de São José do Campestre/RN

DECLARANTE

GENILSON PEDRO AGUIAR

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Dra. Yemneisy Gonzalez Gomez - CRM/RN 2400167

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Declarou que o falecido era solteiro, não deixou filhos e nem bens a inventariar.

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Oficiala: Eliane Viana de Sousa

Rua Getúlio Vargas, 630 - Centro

São José do Campestre/RN

Cep: 59275-000

Telefones: (84) 3294.2524 - 99620.5574

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

São José do Campestre/RN, 08 de abril de 2016

Eliane Viana de Sousa

Oficiala/Substituta

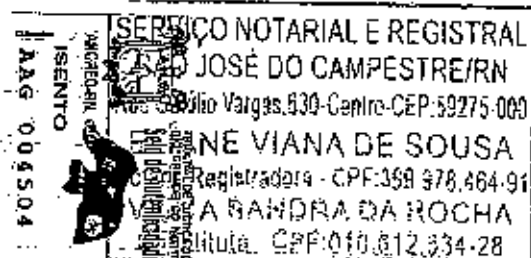
AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado ao qual autentico e dou fé.

São José do Campestre/RN 08/04/16

Notária

LUIZ EDUARDO LIMA DE SOUSA



11:22 22/04/2016 09:02:55 SERVIDOR LIDER PMM 5

2145.939

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Estado de (o) Rio Grande do Norte
Município de São José do Campestre
Distrito de São José do Campestre

SEGUNDO CARTÓRIO JUDIC.
JOSÉ ALVES DE OLIVEIRA
Tribunal, Escrivão e Oficial
Registro Civil
CIV. 005512/4-20
Escrivão AP. 05 de 11/10/73
Escrivão AP. 05 de 11/10/73
Escrivão AP. 05 de 11/10/73
São José do Campestre - RN

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que, do livro A N.º 20, dos assentos de nascimento, deste dist.
às fls. 294vº, sob n.º 10.647-, consta o registro de EMANUEL PEDRO AGUIAR
X-X-X-X-X- do sexo masculino, de cor X-X-X-X-X-, nas
aos 01 de outubro de 1962, às X horas, em uma cidade de Santo Ant.
desse Estado, na Maternidade "Rodrigo de Azevedo" X-X-X-X-X-
sendo filho de José Gonzalo Pedro e Antonia Aguiar, naturais deste Estado
X-X-X-X-X-X-X-X-

São seus avós paternos Gonzalo Pedro e Elvira Pinheiro X-X-X-X-X-
X-X-X-X-X-X-X-X-

e maternos Manoel Aguiar do Nascimento e Maria Gonçalves de Moraes X-
X-X-X-X-X-X-X-X-

OBSERVAÇÕES: Foi declarante o pai do registrando e serviram de tes-
munhas Pedro Nunes dos Anjos e João Pereira do Nascimento, residente
na cidade. Registro feito de acordo com a Lei 6.015 de 31 de dezembro
1973. X-X-X-X-

X-X-X-X-X-X-X-X-X-X

O referido é verdade e dou fé.

São José do Campestre-RN, 20 de janeiro de 1983.

Extraída por
Conferida por

OFICIAL DO REGISTRO CIVIL



Delegacia Eletrônica



0001



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 1ª DELEGACIA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM
Endereço: RUA EDGAR DANTAS, 1660, SANTOS REIS, PARNAMIRIM

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2015023005928

1.2 Data/Hora de Expedição: 24/09/2015 13:54:36

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 29/09/2015 21:00:00

2.3 Fato: Consumado

2.4 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: 00

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIO E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: BR 101

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: PARNAMIRIM

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: GENEILDA RAQUEL DOS SANTOS

3.3 Etnia: Branca

3.5 Mãe: SONIA RAQUEL PEDRO

3.7 Sexo: FEMININO

3.9 CPF: 08555589460

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: ESTUDANTE

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 543

3.19 Bairro: CENTRO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: GENILSON RUFINO DOS SANTOS

3.6 Data de Nascimento: 18/12/1989

3.8 RG: 002799907 - ITEP/RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: NATAL - RN

3.14 E-Mail:

3.16 Logradouro: RUA JOÃO MATIAS

3.18 CEP:

3.20 Cidade: SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S) (NÃO FORAM INCLUIDAS VÍTIMAS)

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUIDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A COMUNICANTE, SOBRINHA DA VÍTIMA, INFORMA QUE A MESMA CONDUZIA UMA MOTO, FAN CG 125 COR ROXA ANO 2011 DE PLACA NNE 5121 CHASSI NÚMERO 9C2JC4110BR321233EM NOME DE WENES FERNANDES DA SILVA, QUE DE ACORDO A SUA SOBRINHA, A VÍTIMA NÃO É HABILITADO, QUE FOI SOCORRIDO PELA SAMU.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 24/09/2015

Usuário: 1525735 - GUILHERME SILVERIO DE ARAUJO

Complemento: QUE A VÍTIMA SE CHAMA EMANUEL PEDRO AGUIAR, QUE A VÍTIMA COLIDIU ATRÁS DE UM VEÍCULO E AO CAIR FOI ATROPELADO POR OUTRO VEÍCULO QUE VINHA ATRÁS, QUE O OCORRIDO FOI NA BR 101 PRÓXIMO AO POSTO DE EMAÚS.

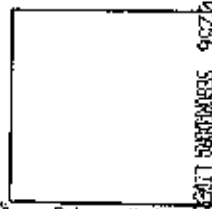
11. DECLARAÇÃO

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

Data: 24/09/2015 13:54:56

Policial

Interessada



Polegar direito



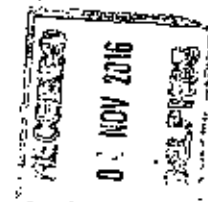
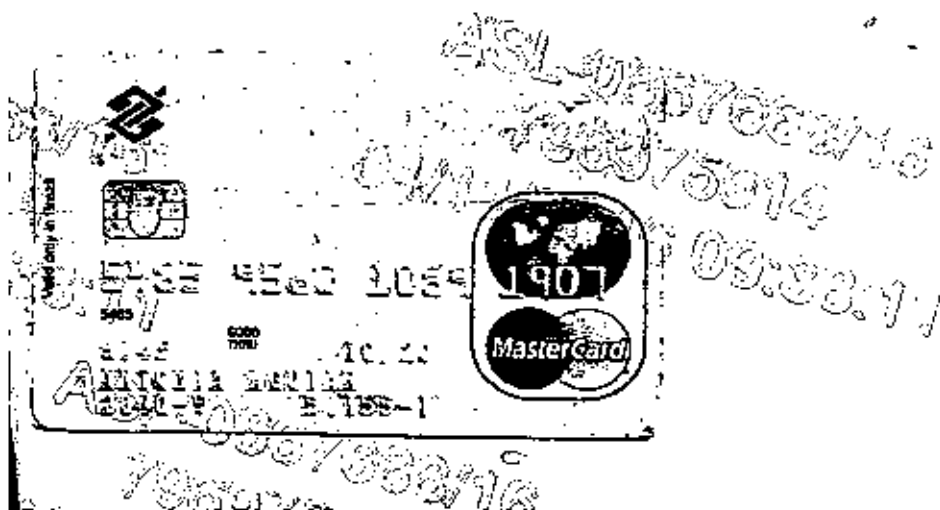
Atendimento: 1525735 - GUILHERME SILVERIO DE ARAUJO
Impresso por: 1525735 - GUILHERME SILVERIO DE ARAUJO

CERTIFICO que a presente cópia
que me foi entregue é fiel ao original
Decreto Lei nº 2146 de
25/04/1940 Dou fe.

13 ABR 2016

Estrevente Autorizada
CPF/MF: 791.764.864 - 20





Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2016

Carta nº: 9068935

A/C: ANTONIA AGUIAR

Sinistro: 3160281302 ASL-0867668/16
Vitima: EMANUEL PEDRO AGUIAR
Data Acidente: 29/05/2015
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/04/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/05/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível
- Comprovante de residência
- Laudo do IML - Necrópsia

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na YASUDA MARITIMA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2016

Carta nº: 9065673

A/C: ANTONIA AGUIAR

Sinistro: 3160281302 ASL-0867668/16
Vitima: EMANUEL PEDRO AGUIAR
Data Acidente: 29/05/2015
Natureza: MORTE
Procurador:

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 YASUDA MARITIMA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

