

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: 21/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000046799-4

Nr. da Autenticação 72FC53B02A1117CB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180088683 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA **Data do acidente:** 01/12/2017 **Seguradora:** DAYPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO ESQUERDO, FERIMENTO CORTO CONTUSO NA COXA DIREITA E ESCORIAÇÕES

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, EVOLUINDO COM SEQUELA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MS ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / MS ESQUERDO: 25% DE 70%

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Paciente...: 15148907 EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

Nascimento...: 13/01/2001 Sexo: F

CPF.: 70103139460

Endereço...: R RUA FRANCISCO PEREIRA DE AZEVEDO 144 DOM JAIME CÂMARA N Tel.: 988349621

Convenio...: HAPVIDA MOSSORO

Matricula...: 80510002541001012

Solicitante: Dr(a) GISELE DOS REIS LOP

Queixa Principal:

Exame:

RX BRACO (MENTRO SUPERIORES) - ESQUERDO

!R6T_

4719496021

LAUDO:

Presença de fratura desalinhada em diáfise média do úmero.

Demais aspectos preservados.

EXAME DOCUMENTADO EM CD

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.



COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN





HRF

Hospital
Rodolfo Fernandes

PARECER DA TRAUMATOLOGIA ORTOPÉDICA

EMANUELE RAIANE M SILVA

QP E HDA

DOR E DEFORMIDADE NO BRAÇO ESQUERDO

HISTÓRIA DE TRAUMA EM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO USO DE MOTOCICLETA.
ATENDIMENTO INICIAL NO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA.
RETIROU-SE A REVELIA ANTES DA CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO.
EVOLUÇÃO 4 HORAS.

EXAME FÍSICO

VIGIL, CONSCIENTE E EM-MACA DE VIATURA.
ESCORIAÇÕES DIFUSAS NO TRONCO E MEMBROS.
LESÕES SANGRANTES COM BORDOS IRREGULARES NA COXA
BRAÇO ESQUERDO: DEFORMIDADE, EDEMA, CREPITAÇÃO ÓSSEA, DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL.

EXAMES COMPLEMENTARES

RADIOGRAFIAS:

- LESÃO DO ÚMERO EM SUA DIÁFISE COM DESVIO DOS FRAGMENTOS.

DIAGNÓSTICO:

1. FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO
2. FERIDAS NA COXA DIREITA
3. ESCORIAÇÕES

CONDUTA:

1. INDICO REDUÇÃO CRUENTA EM CARÁTER DE URGÊNCIA.
2. IMOBILIZAÇÃO GESSADA COM TALA.
3. SOLICITO CONDUTA DE REMOÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO.
4. AOS CUIDADOS DA DIREÇÃO TÉCNICA DO HOSPITAL HAPVIDA MOSSORÓ.
5. SOLICITO ASSISTÊNCIA DA CIRURGIA PARA TRATAMENTO DAS FERIDAS.

Mossoró, 02/12/2017 - 02:45H

OBS.: SEM ACESSO AO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO SISTEMA.

JOÃO FIRMINO DA SILVA NETO
CREMERN Nº 2.517

Avenida Diocesana, 260 - Nova Betânia
Mossoró/RN
CEP: 59603-200
Fone: (84) 3314-4497

COMPREV	
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.	
20 FEV 2018	
PROTOCOLO	
AG.: NATAL	

João Firmino da S. Neto
C.R.M. Nº 2.517

8603322

GUÍA DE SERVICIO PROFESIONAL / SERVICIO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

7 - Gália de pensão da mãe

119 - VOLUNTARIES ON CHAIRMAN

14 - MONITOR DO CONSUMIDOR	
20 - CONSUMO CÍVIL	A

IDENTICIA

PREV
V. 20.0

COM
SEGURO
2 FEB

COMPRE

AP - Colorado Childs

45. (C) $\frac{1}{2}$

Internship: S. Ariz. S. Calif.

12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
----	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

OR A DISPONIBILITÀ

MEU ATENDIMENTO

AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU ATENDIMENTO

Assinatura do Usuário / Representante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
20 FEB. 2006
PROTOCOLO
AG.: NATAL

Dr. Allison Bessa

MEDICAL 2ND Q350

MEDICAL 2ND Q350

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

11/12/2017 17:39:56

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
15148907	EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA	F	13/01/2001	16
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
	70103139460			2-SOLTEIRO
Endereço				
R RUA FRANCISCO PEREIRA DE AZEVEDO,144 - DOM JAIME CÂMARA, MOSSORO(RN) CEP 59628823				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
988349621				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	CLUBE DE SAUDE ADMINISTRADORA BENEFICIOS LTDA		
255 HAPVIDA MOSSORO	7 PLANO EMP VIDA VIP APARTAMENTO - COLETIVO		
Carteira	Validade		
80510002541001012			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
310100-RECEPCAO EMERGENCIA - CM MOSSORO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
02/12/2017	15:03		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
2731703 KATIANE GOMES MENDES			1-MEDICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - ELANE GABRIELA DOS SANTOS AZEVEDO



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

11/12/2017 17:39:56

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
15148907	EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA		F	13/01/2001	16
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil	
	70103139460			2-SOLTEIRO	
Endereço					
R RUA FRANCISCO PEREIRA DE AZEVEDO, 144 - DOM JAIME CÂMARA, MOSSORO(RN) CEP 59628823					
Telefone Residencial	Telefone Trabalho				
988349621					

DADOS DO CONVENIO

Convenio	CLUBE DE SAUDE ADMINISTRADORA BENEFICIOS LTDA	
255 HAPVIDA MOSSORO	7 PLANO EMP VIDA VIP APARTAMENTO -	COLETIVO
Carteira	Validade	
80510002541001012		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
310100-RECEPCAO EMERGENCIA - CM MOSSORO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
02/12/2017	15:03		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
2731703 KATIANE GOMES MENDES			1-MEDICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg) Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - ELANE GABRIELA DOS SANTOS AZEVEDO



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA -- SP/SAOT Nº 31136230

1 - Registro Ans
ANS nº 0 31136230

2 - Data de Emissão
31/12/2017

3 - Data de Autorização

4 - Sanção

5 - Data de Vencimento da Guia

6 - Data de Emissão da Guia

7 - Data de Emissão da Guia

8 - Número da Carteira
80510002541001012

9 - Nome do Contratado Solicitante
GISELE DOS REIS LOPES

10 - Plano EMP VIDA VIP APARTAMENTO

11 - Nome do Contratado
EMANUELE RAUANY DE MOURA SILVA

12 - Nome do Centro Nacional de Saúde

13 - Nome do Profissional Solicitante
GISELE DOS REIS LOPES

14 - Nome do Contratado
UNIDADE DE ATENÇÃO HOSPITALAR LTDA

15 - Norma do Profissional Solicitante
GISELE DOS REIS LOPES

16 - Norma do Profissional Solicitante
GISELE DOS REIS LOPES

17 - Norma do Profissional Solicitante
GISELE DOS REIS LOPES

18 - Norma do Profissional Solicitante
GISELE DOS REIS LOPES

19 - Norma do Profissional Solicitante
GISELE DOS REIS LOPES

20 - Norma do Profissional Solicitante
GISELE DOS REIS LOPES

21 - Descrição da Solicitação

22 - Caracter da Solicitação
U - Emergência

23 - CID 10
M791

24 - Indicação Clínica

25 - Conselho Profissional
CRM

26 - Número no Conselho
7216

27 - UF

28 - UF

29 - UF

25 - Tabela

26 - Código do Procedimento
00010071

27 - Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

28 - Descrição
SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DEBRIDAMENTO

29 - Conselho Profissional
CRM

30 - Número no Conselho
7216

31 - UF

32 - UF

33 - UF

34 - UF

25 - Tabela

26 - Código do Procedimento
00010071

27 - Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

28 - Descrição
SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DEBRIDAMENTO

29 - Conselho Profissional
CRM

30 - Número no Conselho
7216

31 - UF

32 - UF

33 - UF

34 - UF

30 - Código na Operadora CNPJ/CNPJ

31 - Nome do Contratado

32 - T. Log.

33 - Logradouro - Número - Complemento

34 - Município

35 - UF

36 - UF

37 - UF

38 - UF

30 - Código na Operadora CNPJ/CNPJ

31 - Nome do Contratado

32 - T. Log.

33 - Logradouro - Número - Complemento

34 - Município

35 - UF

36 - UF

37 - UF

38 - UF

30 - Código na Operadora CNPJ/CNPJ

31 - Nome do Contratado

32 - T. Log.

33 - Logradouro - Número - Complemento

34 - Município

35 - UF

36 - UF

37 - UF

38 - UF

30 - Código na Operadora CNPJ/CNPJ

31 - Nome do Contratado

32 - T. Log.

33 - Logradouro - Número - Complemento

34 - Município

35 - UF

36 - UF

37 - UF

38 - UF

30 - Código na Operadora CNPJ/CNPJ

31 - Nome do Contratado

32 - T. Log.

33 - Logradouro - Número - Complemento

34 - Município

35 - UF

36 - UF

37 - UF

38 - UF

30 - Código na Operadora CNPJ/CNPJ

31 - Nome do Contratado

32 - T. Log.

33 - Logradouro - Número - Complemento

34 - Município

35 - UF

36 - UF

37 - UF

38 - UF

30 - Código na Operadora CNPJ/CNPJ

31 - Nome do Contratado

32 - T. Log.

33 - Logradouro - Número - Complemento

34 - Município

35 - UF

36 - UF

37 - UF

38 - UF

30 - Código na Operadora CNPJ/CNPJ

31 - Nome do Contratado

32 - T. Log.

33 - Logradouro - Número - Complemento

34 - Município

35 - UF

36 - UF

37 - UF

38 - UF

30 - Código na Operadora CNPJ/CNPJ

31 - Nome do Contratado

32 - T. Log.

33 - Logradouro - Número - Complemento

34 - Município

35 - UF

36 - UF

37 - UF

38 - UF

30 - Código na Operadora CNPJ/CNPJ

31 - Nome do Contratado

32 - T. Log.

33 - Logradouro - Número - Complemento

34 - Município

35 - UF

36 - UF

37 - UF

38 - UF

30 - Código na Operadora CNPJ/CNPJ

31 - Nome do Contratado

32 - T. Log.

33 - Logradouro - Número - Complemento

34 - Município

35 - UF

36 - UF

37 - UF

38 - UF

30 - Código na Operadora CNPJ/CNPJ

31 - Nome do Contratado

32 - T. Log.

33 - Logradouro - Número - Complemento

34 - Município

35 - UF

36 - UF

37 - UF

38 - UF

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
2018
PROTÓCOLO
AG.: NATAL

AMS - nº 36.825-3

1 - Nº de identificação do paciente

2 - Nome do paciente

3 - Data de nascimento

4 - Data de emissão da guia

8051000.054.1003

0011217

F80484672

0

0009

EMILIE PATRICK DE M SILVA

15100304000445

SECTOR DE EXATIDÃO E CONTABILIDADE

1 - Nome do paciente

2 - Nome do paciente

1 - Nome do paciente

2 - Nome do paciente

3 - Nome do paciente

4 - Nome do paciente

5 - Nome do paciente

6 - Nome do paciente

7 - Nome do paciente

8 - Nome do paciente

1 - Nome do paciente

2 - Nome do paciente

3 - Nome do paciente

4 - Nome do paciente

5 - Nome do paciente

6 - Nome do paciente

7 - Nome do paciente

8 - Nome do paciente

PROBILIDADE DE CESSAÇÃO

COMPRE

PROTOCOLO

AG. NATAL

Autorizo o Prestador a disponibilizar a OBRIGATORIA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MELH. ATENDIMENTO

Assinatura do Usuário Representante

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idad
15148907	EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA	F	13/01/2001	16
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	70103139460		2-SOLTEIRO	
Endereço	R RUA FRANCISCO PEREIRA DE AZEVEDO,144 - DOM JAIME CÂMARA, MOSSORO(RN) CEP 59628823			
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
988349621				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	CLUBE DE SAUDE ADMINISTRADORA BENEFICIOS LTDA		
255 HAPVIDA MOSSORO	7 PLANO EMP VIDA VIP APARTAMENTO - COLETIVO		
Carteira	Validade		
80510002541001012			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	310100-RECEPCAO EMERGENCIA - CM MOSSORO		
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
02/12/2017	01:55		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica
2127695 GISELE DOS REIS LOPES			1-MEDICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - ELANE GABRIELA DOS SANTOS AZEVEDO



FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL

Paciente:

Médico:

Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Idade:

Data:



Prontuario

Atendimento

ANAMNESE

Exames Físico

Peso (Kg):

Temperatura (°C):

Prescrição Médica

Exames Solicitados

Evolução Médica

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S.A.

23 FEV 2018

PROTOCOLO
AG.: NATAL

Carimbo/Assinatura do Médico

Evolução da Enfermagem

Hora entrada repouso: _____

Hora saída Repouso _____

Tudo bem com o paciente

Material Utilizado

Código	Qtd	Especificação	Código	Qtd	Especificação
4290		Água Destilada 10 ML	25891		Drano De Penrose 1
33985		Água Destilada 20ml	27138		Equipo (Macrogotas)
1720		Água Oxigenada	27065		Equipo (Microgotas)
7847		Agulha Desc. 13x4,5	50997		Esparadrapo
7855		Agulha Desc. 25x07	31771		Eter
2450		Agulha Desc. 40x12	25950		Fio Catgut Simples 3.0
1739		Alcool 70%	25968		Fio Catgut Simples 4.0
1055		Algodao (Atadura 10cm)	31984		Fio Mononylon 3-0
20191		Algodao (Atadura 15cm)	31992		Fio Mononylon 4-0
19250		Algodao (Atadura 20cm)	32000		Fio Mononylon 5-0
1063		Algodao Hidrofilo	32263		Fio Vicril 5-0
7910		Arruela P/Monitor Desc	30597		Gaze Seca 7.5 X 7.5
7936		Atadura Crepom 10 Cm	48674		Irurol
7944		Atadura Crepom 15 Cm	118979		Lamina De Bisturi 24
7960		Atadura Crepom 25 Cm	30635		Luva De Procedimento M
30074		Atadura De Gesso 10 Cm	30660		Luva Descartavel N-7,5"
30082		Atadura De Gesso 15 Cm	30678		Luva Descartavel N-8,0
30090		Atadura De Gesso 20 Cm	30724		Malha Tubular 10 Cm
30163		Cateter De Oxigenio	30822		Mascara Descartavel
30210		Cateter Iv 22 (Jelco)	51004		Micropore
30228		Cateter Iv 24 (Jalco)	32360		Povidine Topico
			43290		Ringer C/Lactato 500ml
			50830		Salto Ortopedico
			30791		Scalp Butterfly N-15
			30805		Scalp Butterfly N-21
			30813		Scalp Butterfly N-23
			30821		Scalp Butterfly N-25
			30830		Scalp Butterfly N-27
			30848		Seringa Descartavel 03
			30856		Seringa Descartavel 05
			30864		Seringa Descartavel 10
			30872		Seringa Descartavel 20
			143303		Sf 0,9% 100ml
			132043		Sf 0,9% 10ml
			43800		Sf 0,9% 500 ML
			43729		Solucao De Glicerina C
			43826		Soro Glicosfisiologico 1
			48844		Soro Glicosado 5% 500ml
			50881		Torneira 03 Vias
			32425		Vaselina Pomada
			45233		Xylocaina C/Ad 2%
			45250		Xylocaina S/Ad 2%

Outros:

Assinatura do auxiliar de enfermagem

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página

UNIDADE DE ATENÇÃO HOSPITALAR LTDA

11/12/201

Paciente: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

Dt. Nasc.: 13/01/2001

Atendimento: 47194960

Prontuário: 15148907

Convênio: HAPVIDA MOSSORO

Posto: POSTO EMERGENCIA

Leito: 310211/1

Profissional(is): GISELE DOS REIS LOPES CRM 7216 (1)

Nº: 16879069 02/12/2017 as 02:05

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANAMNESE

Queixa Principal

COLISAO MOTO CARRO

Queixa Principal

CID10

M791 MIALGIA

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação



HOSPITAL

REGISTRO DE PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Nome do paciente: Emanuele Roiany de Moura Silva
 Atendimento: Pronto Socorro Leitor: _____ Unidade: Podólogo Farm.
 Data: 02/12/2017

MANHÃ

ORA	Observação de Enfermagem	CARIMBO / ASSINATURA
1:00	Relembro a paciente consciente orientada, pós acidente de moto com várias escoriações em membros superiores e inferiores, e fratura em membro superior esquerdo com desso periférico em MM SO, após alívios, infirma não possui dor nos de local, a mesma permanece no unit de acordo de autorização para transferência e segue com cuidados de equipe de enfermagem	

TARDE

ORA	Observação de Enfermagem	CARIMBO / ASSINATURA
18:5	Entrego a paciente consciente orientada, em uso de medicações, com sinais vitais normais a única anormalidade foi a dor intensa sentida pela mesma segue alimentada e medicada de acordo com prescrição médica e segue aos cuidados de enfermagem	

NOITE

ORA	Observação de Enfermagem	CARIMBO / ASSINATURA



SINAIS VITAIS

1	PA	*	mmhg	T:	37.5	°C	P:	78	bpm	R:	20	rpm	ASS:	
2	PA	x	mmhg	T:		°C	P:		bpm	R:		rpm	ASS:	
3	PA	x	mmhg	T:		°C	P:		bpm	R:		rpm	ASS:	
4	PA	x	mmhg	T:		°C	P:		bpm	R:		rpm	ASS:	
5	PA	x	mmhg	T:		°C	P:		bpm	R:		rpm	ASS:	
6	PA	x	mmhg	T:		°C	P:		bpm	R:		rpm	ASS:	



OK

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

03/12/2017 13:05:24

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
15148907	EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA	F	13/01/2001	16
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
	70103139460			2-SOLTEIRO
Endereço				
R RUA FRANCISCO PEREIRA DE AZEVEDO 144 DOM JAIME CÂMARA MOSSORO-RN CEP:59628823				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
988349621		ROSEANE MARIA DE MOURA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
03/12/2017	13:00		
Médico Atendente		Clínica	
657310 JOAO FIRMINO DA SILVA NETO		6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante		Tipo Atendimento	
657310 JOAO FIRMINO DA SILVA NETO		7 INT. PAC.TRANSITO HAPVIDA	
Avaliação médica			

04112

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano CLUBE DE SAUDE ADMINISTRADORA BENEFICIOS LTDA	
22-HAPVIDA MATRIZ	13-NOSSO PLANO - APARTAMENTO - COLETIVO	
Carteira	Validade	
1510002541001012		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
POSTO INTERNAÇÃO EMERGENCIA - HAPFOR	ENFEMG ENFERMARIA	04

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1914010	99996666	C55094417	INTERNACAO
1914010	30718058	C55094417	FRATURA (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRATAMENTO CIRURGICO
1914010	30732026	C55094418	ENXERTO OSSEO
1914010	31403123	C55094419	EXPLORACAO CIRURGICA DE NERVO (NEUROLISE EXTERNA)



NOTA DE SALA

04112

1349078

Atendimento:	47214883	Prontuário:	15148907	EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA	HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s):	30718058	FRATURA (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - T	Tipo Anestesia:	BLOQ.PLEXO-BRAQUIAL+SEDACA	
	30732026	ENXERTO OSSEO	31403123	EXPLORACAO CIRURGICA DE NERVO (NEUROLISE EXTERNA)	
Sala Cirúrgica:	SALA CC 07	Setor Emitente:	CENTRO CIRURGICO - HAP FORTA	Apto.: 2008	
Equipe Médica:	CIRURGIAO	1200798	JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS	CRM	10511
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	734403	RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA	CRM	8260
	ANESTESISTA	3288552	CESAR CHALUB CRUZ	CRM	51194
	CIRCULANTE	3228096	DANIELE DA CONCEICAO DE CASTRO	COREN	780038
	INSTRUMENTADORA	3113353	RAMIRO PINTO	COREN	1077954

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	36811	DECADRON 4 MG FR 2,5 ML AMPL 2.5 ML	1
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4.5 - 1 UD	1	48542	DIPRIVAN 20ML AMPL 20 ML	1
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	40037	DORMONID 15 MG AMPL 3 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	139923	FENTANIL 2ML AMPL 2 ML	1
134866	AGULHA STIMUPLEX 100 G - 21X4 - 1 UD	1	48674	IRUXOL BISN 30 GR	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	80	42013	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	2
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	42110	KETALAR 10ML FRAS 10 ML	1
51055	ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD. 10CM) ROLO 1 UD	3	48160	MARCAINA CIAD 0,5% FRAP 20 ML	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	6	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
30082	ATADURA DE GESSO 15 CM - 1 UD	3	43800	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	3
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	2	45250	XYLOCAINA 5/AD 2% ESTERIL AMPL 20 ML	1
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1			
30210	CATETER INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD	1			
135865	CLOREXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200			
135866	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200			
112712	CLOREXEDINA DEREGMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	200			
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	4	Gases/Aparelhos		
27138	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	19	TAXA DE SALA	Início: 15:30 Fim: 18:30
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	50	20	OXIGENIO	Início: 15:30 Fim: 18:30
31771	ETER FRAS 1000 ML	50	15	BISTURI ELÉTRICO	Início: 15:30 Fim: 18:30
130523	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1	22	OXIMETRO DE PULSO	Início: 15:30 Fim: 18:30
25895	FIO POLYCOT (SPA45T) - POLYCOT BLUE 0 15 - 1 UD	1	25	STIMUPLEX	Início: 15:30 Fim: 18:30
161605	FIO Q VICRYL (PG120X) - POLYGLACTIN VLT 2 ENV 1 UD	2			
161606	FIO Q J&J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4- ENV 1 UD	2			
165563	FIO Q-PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	4			
27227	GAZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 15 CM	2			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	5			
156738	LUVA DESC. ESTERIL 7,0 MUCAMBO - 1 PA	4			
156739	LUVA DESC. ESTERIL 8,0 MUCAMBO - 1 PA	4			
30724	MALHA TUBULAR 10 CM ROLO 1500 CM	80			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/10 PCT 50 UD	5			
51004	MICROPÓRE 25X10 TUBO 1000 CM	200			
27340	PARAFUSO CORTICAL 4,5MM - 1 UD	9			
27600	PLACA DE 10 FUR0S - 1 UD	1			
130923	PLACA DESCARTAVEL P/BIJURI ADULTO - 1 UD	1			
50849	PROPEL DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	4			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	3			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1			
30961	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD	1			
30970	SONDA ASP TRAQUEAL 14 - 1 UD	1			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	2			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

Nome: Edmonaldo Raimy de Moura Data: 05/12/17
Idade: 16 Peso: _____ Sexo: F ☒ X M ☐
Prontuário: _____ Convênio: HAPVIDA
Diagnóstico: Fratura simples
Cirurgia: Fratura fechada descolamento 2, 2 e 3 Epif. distal
Anestesia: Bloqueio + Sedação
Cirurgião: JOAO NOLAN ASA: I

220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20

* 30 Jan 78
* ispa sinusoidal, algunas en
uso de medicamentos

30 Jan 78 1 Feb 78 2 Feb 78 3 Feb 78 4 Feb 78 5 Feb 78 6 Feb 78 7 Feb 78 8 Feb 78 9 Feb 78 10 Feb 78

DROGAS		EVENTO	
1	Lidocaina 300 - p	A	130 gms interesterolúica
2	Bisoprolol 50 - p	B	1/2 Neuroestimulador
3	Dexamet 10 - p	C	21 intercomunicar
4	Dexamet 5 - p	D	Receber 1000 - p de
5	Lidocaina 100 - p	E	SE. A SGA estor de
6	Lidocaina 10 - p	F	Bom para Neuroestimulador
7	Propofol 50 - p	G	
8	Propofol 50 - p	H	
9	Propofol 50 - p	I	
10	Propofol 50 - p	J	

Intercorrências por. op: _____

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/12/2017 1

Paciente: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA Dt. Nasc.: 13/01/2001 Atendimento: 47214883 Prontuário: 15148907
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAP FORTAL Leito: 133470/1

Profissional(is): JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS, MÉDICO, CRM 10511 [1] Nº: 16924922 03/12/2017 às 18:44

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico	S423	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S423	[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	03/12/2017	[1]
Hora Da Cirurgia	18:45	[1]
Cirurgia	TRATAMENTO DE FRATURA DIAFISARIA DO ÚMERO	[1]
Cirurgião	JOÃO ROLIM	[1]
1º Auxiliar	RAFAEL	[1]
Anestesista	CESAR	[1]
Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB PLEXO PREPARO ORTOPEDICO DE ROTINA CAMPOS ESTÉRIS ACESSO LATERAL E HEMOSTASIA NEUROLISE DO NERVO RADIAL REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA E PARAFUSOS ENXERTIA ÓSSEA IRRIGAÇÃO COM SF SUTURA POR PLANOS E CURATIVO	[1]
Códigos Dos Procedimentos	30718058 30732026 31403123 TRANSLADO DE MOSSORÓ	[1]

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 10511 - 7807-10393

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/12/2017 16:31

Paciente: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA Dt. Nasc.: 13/01/2001 Atendimento: 47214883 Prontuário: 15148907
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAP FORTAL Leito: 133470/1

Profissional(is): DANIELE DA CONCEICAO DE CASTRO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN Nº: 16921876 03/12/2017 às 16:18
780038 [1]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	03/12/2017	[1]
Hora Da Cirurgia	15:50	[1]
Cirurgia	fratura de umero	[1]
Equipe Cirúrgica	DR.JOAO ROLIN	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente	CC	[1]
Identidade Do Paciente	SIM.	[1]
Autorização Do Paciente	SIM.	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	SIM.	[1]
Informação De Lateralidade Pelo MA	SIM.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não.	[1]
Exames Complementares	SIM.	[1]
Exames Radiológicos	SIM.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada	Não.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	Não se aplica.	[1]
Tricotomia Até 2 Horas Antes	Não.	[1]
Higienização	SIM.	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Confirmar Identidade Do Paciente	SIM.	[1]
Prontuário Ativo	SIM.	[1]
Opme Checado	SIM.	[1]
Checação Completa Dos Equipamentos	SIM.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	SIM.	[1]
Checação Completa Das Medicções Anestésicas	SIM.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sangue Se Risco De Perda Sanguinea (> 500 ML/Adulto - 7 ML/Kg Criança)	Não.	[1]
Via Aérea Difícil / Risco De Aspiração	SIM.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não.	[1]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Membros da Equipe Cirúrgica	SIM.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Esquerda.	[1]

PRESCRIÇÃO MEDICA

Emissão 03/12/2017 18:44:42

Paciente: EMANUELE RAANY DE MOURA SILVA Dt. Nasc.: 13/01/2001 Atendimento: 47214883 Prontuário: 15148907
 Convenio: HAPVIDA MATRIZ Nº Prescrição: 15216865 03/12/2017 às 13:58
 Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA - HAPFOR Leito: ENFEMG/4 Peso: 60.00 kg

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

2. Hidratação Venosa Fase Única	Vol. Total:	500 ml	7.00 gts/min	Acesso Periférico
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83 ml/Kcal/dia	500 ml		
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/1)	1g	1FRAP (C/1GR)	8/8h	EV
Aqua Destilada	10 ml			
4. PROFENID IV (100.00mg)	100 mg	1FRAP (C/100MG)	8/8h	EV
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml			
5. DIPIRONA (500.00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MC)	6/6h	EV
Aqua Destilada	18 ml			
6. TRAMAL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/100MC)	8/8h	EV
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml			
7. PLAMET (5.00mg/ml)	10 mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV
Aqua Destilada	18 ml			
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO				SN
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA				
10. PUNCAO C/ JELCO				SN
11. SINAIS VITAIS				
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS				
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC				SN
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOA				
15. COMPRESSÃO COM ÉTER				SN

Dr. João Ricardo Rolim Arsenio
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-CE 10311 - Tel: 0110333

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

Dt. Nasc.: 13/01/2001

Nº Prescrição: 0015216865

Atendimento: 47214883

Prontuário: 15148907

Convenio: HAPIVIDA MATRIZ

Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA - HAPFOR

Leito: ENFERMG/4

Peso: 60.00 kg

Emissão

03/12/2017 20:18:19

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

HORÁRIOS

2. Hidratação Venosa Fase Única Vol. Total: 500 ml 7.00 gts/minAcesso Periférico

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20.83 ml/Kcal/dia 500 ml

3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (01/1) 1g 1 FRAP (C/1GR) 8/8h EV

Agua Destilada 10 ml

22:00 : 04/12-06:00 ;

4. PROFENID IV (100.00mg) 100mg 1 FRAP (C/100MG) 8/8h EV

Soro Fisiológico 0,9% 100 ml

22:00 : 04/12-06:00 ;

5. DIPIRONA (500.00mg/ml) 1000mg 2 ML (AMPL C/500MG) 6/6h EV

Agua Destilada 18 ml

04/12-09:00 : 04/12-06:00 ;

6. TRAMAL (50.00mg/ml) 100mg 2 ML (AMPL C/100MG) 8/8h EV

Soro Fisiológico 0,9% 100 ml

SN

7. PLAMET (5.00mg/ml) 10mg 2 ML (AMPL C/10MG) 8/8h EV

Agua Destilada 18 ml

22:00 : 04/12-06:00 ;

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO SN

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA

0. PUNCAO C/ JELCO SN

1. SINAIS VITAIS

2. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

3. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC SN

4. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO

5.

Dr. Samuel Roberto de Souza
Ouro Preto - Minas Gerais
CRM: 15353

Sammya Karla B. Moura
Biotecnologia
COREN-GO 340.244

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

Dt. Nasc.: 13/01/2001

Emissão 03/12/2017 20:18:19

Convenio: HAPVIDA MATRIZ

Nº Prescrição: 0015216865

Prontuário: 15148907

Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA - HAPFOR

Leito: ENFEMG/4

Atendimento: 47214883
03/12/2017 às 13:58
Peso: 60.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

COMPRESSÃO COM ÉTER

SN

HORÁRIOS

Reservado para o SIND

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.

Sammya Karla B. Moura
Enfermeira
COREN-PR 440.717

Dra. Marina Siqueira De Silva
Clínica Médica
CREMEC: 16353

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA	Dt. Nasc.: 13/01/2001	Atendimento: 47214883	Prontuário: 15148907
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 15219674	03/12/2017 às 23:08	
Posto: POSTO 2A	Leito: 2008/1		
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			

Profissionais:

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE	Mantido:
MANTER LEITO EM POSIÇÃO ADEQUADA/ GRADES LATERAIS LEVANTADAS	Mantido:
HIGIENE ORAL E CORPORAL	06:00

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	Mantido:
LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR	Mantido:
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Mantido:

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Mantido:
ADMINISTRAR MEDICAÇÃO ANALGÉSICA	Mantido:
SINAIS VITAIS	06:00

5 - DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO P/HIGIENE CORPORA

Relacionado a: MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

REALIZAR HIGIENE CORPORAL/ORAL/INTIMA	06:00
AUXILIAR HIGIENE CORPORAL/ORAL/INTIMA	Mantido:
ORIENTAR HIGIENE CORPORAL/ORAL/INTIMA	Mantido:

7 - RISCO DE QUEDA

Relacionado a: ALTERAÇÃO DO EQUILÍBRIO

MANTER LEITO NA POSIÇÃO E GRADES LATERAIS LEVANTADAS	Mantido:
ORIENTAR A SOLICITAR AJUDA PARA SAÍDA DO LEITO	Mantido:

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Mantido:
-----------------------------	----------

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc.: 13/01/2001

Posto: POSTO 2A Leito: 2008/1 DATA: 03/12/2017

Profissional(is):

FABIOLA MARIA LOPES DE OLIVEIRA, ENFERMEIRO(A), COREN 235481 [1]

Nº: 16929856

03/12/2017

às 23:04

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Acesso Periférico

Antimicrobianos

PACIENTE E.R.M.S., 16 ANOS, SEXO: FEMININO

HD: POI DE FRATURA DE UMEROS

EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO SUAS NHB'S, AFEBRIL, EUPNEICA EM A.A., NORMOTENSA, NORMOCORADA, EM REPOUSO NO LEITO, SSVV ESTÁVEIS. ACEITA DIETA VO OFERECIDA. AGUARDA DIURESE ESPONTANEA. AVP PÉRVIO P/TM + HV + ATB (D1 DE CEFAZOLINA). SEM ALTERAÇÕES NO PERÍODO. SEGUE EM OBSERVAÇÃO, AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

CONTROLE HEMODINÂMICO DO PACIENTE ADULTO

Nome: Demetrius Kacyry de Moura
Paciente: 2008

Leito: 2008

Síntese: 2008

Data de Nascimento: 03/12/17

HORÁRIO	PA	GLUCEMIA	DOR (0 a 10)	FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	PONTUAÇÃO	PA SISTOLICA	PONTUAÇÃO	FREQUÊNCIA CARDIACA	PONTUAÇÃO	TEMPERATURA	PONTUAÇÃO	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (D, A, V, D, S)	PONTUAÇÃO	SOMATÓRIO NEWS	SINALIZAÇÃO DO CÓDIGO	ASSINATURA CARIMBO
01:00																
02:00																
03:00																
04:00																
05:00																
06:00	120x80			20				73		36.3						
07:00																
08:00																
09:00																
10:00																
11:00																
12:00																
13:00																
14:00																
15:00																
16:00																
17:00																
18:00																
19:00																
20:00	120x80	-	-	20	-	120	-	70	-	37	-	e	-	-	verde	10
21:00																
22:00																
23:00	120x80	-	-	19	-	120	-	80	-	36.2	-	e	-	-	verde	8/10
00:00																

ESTADO DE CONSCIÊNCIA

C= CONSCIENTE A= AGITADO OU CONFUSO V= RESPONDE A ESTÍMULOS VERBAIS D= RESPONDE A ESTÍMULOS DOLOROSOS S= SEM RESPOSTA

x

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 04/12/2017 10:57:31

Paciente: EMANUELE RALANY DE MOURA SILVA	Dt. Nasc.: 13/01/2001	Atendimento: 47214883	Prontuário: 15148907
Convenio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 15223916	04/12/2017 às 10:46	
Posto: POSTO 2A	Leito: 2008/1	Peso: 60.00 kg	
1. DIET/GERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL			
2. Hidratação Venosa Fase Única		Vol. Total: 500 ml	7.00 gts/min
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 20.83 ml/Kcal/dia		500 ml	Acesso Periférico
3. CEFALOTINA SODICA (1.00g) (D1/2)	1 g	1 FRAP(C/1GR)	8/8h EV
Agua Destilada	10 ml		
4. PROFENID IV (100.00mg)	100 mg	1 FRAP(C/100MG)	8/8h EV
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml		
5. DAPIRONA (500.00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG/6h)	EV
Agua Destilada	18 ml		
6. TRAMAL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/100MG/8h)	EV SN
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml		
7. PLAMET (5.00mg/ml)	10 mg	2 ML (AMPL C/10MG/8h)	EV
Agua Destilada	18 ml		
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO		SN	
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA		SN	
10. PUNCAO C/ JELCO		SN	
11. SINAIS VITAIS		SN	
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS		SN	
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC		SN	
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOA		SN	
15. COMPRESSAO COM ETHER		SN	
16. Alta em: 04/12/2017		ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO	
Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA			

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
 Médico Geral
 CRM 15.148

Sammya Karla B. Moura
 Enfermeira
 COREN-CE 340.717

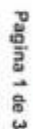
Dr. Rafael Bezerril Nogueira
 Médico Geral
 CRM 15.148

RP1541

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA 04/12/2017 10:56

192.85.4.101





Emissão 04/12/2017 11:12:08

04/12/2017 11:12:08

HORÁRIOS

3/3h ORAL

Cammy Nita S. Rivera
Engr. Erika C. Yano
Engr. Erika C. Yano
CORE

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: EMANUELE RAJANY DE MOURA SILVA
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Posto: POSTO 2A

Dt. Nasc.: 13/01/2001
Nº Prescrição: 0015223916
Leito: 2008/1

Atendimento: 47214883
04/12/2017 às 10:46
Peso: 60.00 kg

Emissão 04/12/2017 11:12:08
Prontuário: 15148907

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ACOCHOADA MEDIO

HORÁRIOS

15-COMPRESSÃO COM ÉTER

SN

12:00 ;

16-Alta em: 04/12/2017

ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO

Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Reservado para o SNO

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário :



Indica item não administrado.



Indica item checado.

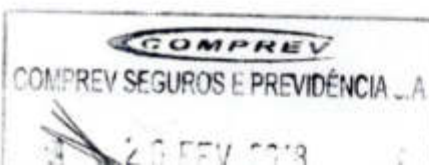
RP1531

SAMMYA KARLA BORGES MOURA

04/12/2017 11:10

192.554.101

Sammya Karla B. Moura
Enfermeira
COREN-CE 040.712



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/12/2017 13:

Paciente: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

Dt. Nasc.: 13/01/2001

Atendimento: 47214883

Prontuário: 15148907

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 2A

Leito: 2008/1

Profissional(is): SAMMYA KARLA BORGES MOURA, ENFERMEIRO(A), COREN 008070 [1] Nº: 16948197 04/12/2017 às 12:59

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PACIENTE E.R.M.S., 16 ANOS, SEXO: FEMININO
HD: 1 PO DE FRATURA DE UMEROS

[1]

EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO SUAS NHB'S, AFEBRIL. ACEITA DIETA OFERECIDA VO. TÓRAX SIMÉTRICO, EUPNEICA EM A.A., NORMOTENSA, NORMOCORADA, EM REPOUSO NO LEITO, SSVV ESTÁVEIS. ABDOME FLÁCIDO, DIURESE PRESENTE E ESPONTÂNEA. AVP EM MSE (05/12), PÉRVIO P/TM + HV + ATB (D2 DE CEFAZOLINA). SEM ALTERAÇÕES NO PERÍODO. SEGUE EM OBSERVAÇÃO, AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

RENOVADO CURATIVO DE FO COM USO DE SF 0,9%.

PCTE RECEBEU ALTA HOSPITALAR, AGUARDA AMBULÂNCIA PARA RETORNO À MOSSORÓ.

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Acesso Periférico

Sim

[1]

Antimicrobianos

Sim

[1]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/12/2017 1

Paciente: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA Dt. Nasc.: 13/01/2001 Atendimento: 47214883 Prontuário: 15148907
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAP FORTAL Leito: 133470/1
Profissional(is): JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS, MÉDICO, CRM 10511 [1] Nº: 16925008 03/12/2017 às 18:48

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

POS OP DE FRATURA DE UMERU, SEM INSURTECORRENCIAS

[1]

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 10511 - TEOT 10253

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/12/2017 10:57

Paciente: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA	Dt. Nasc.: 13/01/2001	Atendimento: 47214883	Prontuário: 15148907
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 2A	Leito: 2008/1	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1]		Nº: 16942702	04/12/2017 às 10:57

DADOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 POS OP DE FRATRA DE ÚMERO
EVOLUI ESTAVEL SEM QUEIXAS
ALTA HOSPITALAR

[1]


Dr. Rafael Bezerra Nogueira
CRM 8260 / ROR 45.000
C.R.O. 2008-0

ANTONIO
PRUDENTE

FICHA DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Nome do paciente: _____

Idade: _____ Leito: _____ Unidade: _____ HD: _____

PROFISSIONAL

1. Nutrição ☐ 3. Fisioterapia ☐ 5. Outro Profissional ☐
2. Serviço Social ☐ 4. Psicologia ☐ Especificar: _____

HORA

DATA

EVOLUÇÃO

03/12/17

Ortopedia

BEG KATE, sem dor
Apresentando curativos

Cédric Hato
Médico Ortopedista
CRM 11585



HRF

Hospital
Rodolfo Fernandes

PARECER DA TRAUMATOLOGIA ORTOPÉDICA

EMANUELE RAIANE M. SILVA

QP E HDA

DOR E DEFORMIDADE NO BRAÇO ESQUERDO

HISTÓRIA DE TRAUMA EM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO USO DE MOTOCICLETA.
ATENDIMENTO INICIAL NO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA.
RETIROU-SE A REVELIA ANTES DA CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO.
EVOLUÇÃO 4 HORAS.

EXAME FÍSICO

VIGIL, CONSCIENTE E EM MACA DE VIATURA.
ESCORIAÇÕES DIFUSAS NO TRONCO E MEMBROS.
LESÕES SANGRANTES COM BORDOS IRREGULARES NA COXA
BRAÇO ESQUERDO: DEFORMIDADE, EDEMA, CREPITAÇÃO ÓSSEA, DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL.

EXAMES COMPLEMENTARES

RADIOGRAFIAS:

- LESÃO DO ÚMERO EM SUA DIÁFISE COM DESVIO DOS FRAGMENTOS.

DIAGNÓSTICO:

1. FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO
2. FERIDAS NA COXA DIREITA
3. ESCORIAÇÕES

CONDUTA:

1. INDICO REDUÇÃO CRUENTA EM CARÁTER DE URGÊNCIA.
2. IMOBILIZAÇÃO GESSADA COM TALA.
3. SOLICITO CONDUTA DE REMOÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO.
4. AOS CUIDADOS DA DIREÇÃO TÉCNICA DO HOSPITAL HAPVIDA MOSSORÓ.
5. SOLICITO ASSISTÊNCIA DA CIRURGIA PARA TRATAMENTO DAS FERIDAS.

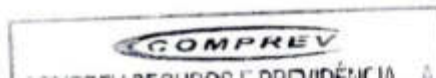
Mossoró, 02/12/2017 - 02:45H

OBS.: SEM ACESSO AO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO SISTEMA.

JOÃO FIRMINO DA SILVA NETO
CREMERN Nº 2.517

João Firmino da S. Neto
C.R.M. Nº 2.517

Avenida Diocesana, 260 – Nova Betânia
Mossoró/RN
CEP: 59603-200
Fone: (84) 3314-4497



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL Nº 003.628.198 DATA DE EXPIRAÇÃO 21/07/2015

NOME EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

FILIAÇÃO EDICLEI SOARES DA SILVA
ROSEANE MARIA DE MOURA

LOCALIDADE MOSSORO RN DATA DE NASCIMENTO 13/01/2001

CERT. DE NASCIMENTO L-A-180 F-246 RG-79398
MOSSORO RN-2 CARTÓRIO

701.031.394-60

1a. VIA

Assessoria Técnica de Nascimento Júnior

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Assinatura de Emanuele Raianny de M. Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

20 FEV 2018

PROTOCOLADO

AG.: NATAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 013252993073
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAM 00579951073 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME
BALBINO LUIS DE SOUZA NETO

CPF / CNPJ
702.201.034-02

PLACA
OWB0377

PLACA ANT / UF
OWB0377 / RN

CHASSI
9C2ND1110DR022574

ESPECIE TIPO
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE

COMBUSTIVEL
ALCOOL-GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/XRE 300

ANO FAB. ANO MOD.
2013 2013

CAP / POT / CIL
0CV/291 CILINDRADAS

CATEGORIA
PARTICULAR

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
	R\$ 0.00	07/06/2017	1º PAGO
	FAIXA LRVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO
	003503 3X	R\$ 66.94	3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
*** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES
ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 01.149.953/0001-89
BV FINANCEIRA S.A CRED FINC E INVEST
MOTOR: ND11E1D022574

MOSSORO/RN

DATA
04/09/2017

Sideral Bezerra da Silva
Coordenador do Registro de Veículos
DETRAN - RN

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

RN Nº 013252993073 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 CPF / CNPJ 702.201.034-02 EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 04/09/2017

PLACA OWB0377

RENAVAM 00579951073 MARCA / MODELO HONDA/XRE 300

ANO FAB. 2013 CAT. TARIF. 9 NT CHASSI 9C2ND1110DR022574

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURODO FID

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT


CNPJ 09.248.608/0001-04

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.

20 FEV 2018

PROTOCOLO
AG.: NATAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062415/18
Vítima: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA
CPF: 701.031.394-60

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 01/12/2017
Titular do CPF: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA : 701.031.394-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

JOAO BOSCO DA SILVA : 913.162.944-04

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

Procuração

ROSEANE MARIA DE MOURA : 094.341.704-00

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 por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/02/2018
Nome: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA
CPF/CNPJ: 701.031.394-60

EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/02/2018
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062415/18

Vítima: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

CPF: 701.031.394-60

Data do Acidente: 01/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

JOAO BOSCO DA SILVA : 913.162.944-04

Declaração Circular SUSEP 445/12

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 por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/03/2018

Nome: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

CPF: 701.031.394-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2018

Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS

CPF: 106.690.934-24

EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome:

Rosane Maria de Sousa

Nacionalidade: Brasileira

Est. Civil: Solteira

Profissão: Autônoma

Identidade: 294-0425

CPF: 094.344.704-00

Endereço: Rua Francisco Pereira de Aguiar 144, Bem Sane, Mossoró

Em favor do menor Emanuelle Raiany de Sousa Silva

PROCURADOR:

Nome: João Bosco da Silva

Nacionalidade: Brasileiro

Est. Civil: Solteiro

Profissão: Autônomo

Identidade: 137-6660

CPF: 913-462-944-00

Endereço:

Rua Santa Izabel 2649, Santa Dalmira Mossoró/RN

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincors e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.



Mossoró/RN 19/12/2017
Local e data

* Rosane Maria de Sousa

Assinatura do Beneficiário/Vítima.
(reconhecer firma por autenticidade)

Rosane Maria de Sousa



RECONHEÇO por autenticidade a firma
19 DEZ 2017
do(a) Rosane Maria de Sousa
da(s) Mossoró
Assinatura do Beneficiário/Vítima
Assinatura do Procurador
Assinatura do Mediador
Assinatura do Tabelião
Assinatura do Substituto

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: ROSEANE MARIA DE MOURA

Nº Sinistro: 3180088683

Vitima: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

Data do Acidente: 01/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180088683**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12431980



Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

Nº Sinistro: 3180088683

Vitima: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

Data do Acidente: 01/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO BOSCO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180088683**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12432282



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Carta nº: 12578459

A/C: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

Nº Sinistro: 3180088683
Vítima: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA
Data do Acidente: 01/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOAO BOSCO DA SILVA

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: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 0000046799-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

701.034.394-60

Emmanuel Raimy de Menezes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Emmanuel Raimy de Menezes		701.034.394-60	Desenho
Endereço		Número	Complemento
Rua: Francisco Pereira de Azevedo		444	Casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Dom Jaime	Mossoró	RN	59.628-823
Email	Telefone (DDD)		
	(84) 9-9852-8771		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3064		00046799	4
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO
AGÊNCIA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)	

CONTA NRO. COMPREV D/V
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PROTOCOLO
AG.: NATAL

Mossoró, 26 de Janeiro de 2018
Local e Data

Emmanuel Raimy de Menezes x Representante Legal de Menezes
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

3064 - TERRA DO SAL, RN

DATA: 18/12/2017

TERMINAL: 1007

NSU: 001582

HORA: 15:00:02

AUT.: 0010

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 3064/013/00.046.799-4

NOME: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

DEPOSITANTE:

O T

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:



Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1e Via - Via Cliente





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092033B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA:

M. ESCOSSIO/1636521

DATA/HORA:

01/12/2017 22:30

Na Rodovia

MUNICÍPIO/UF:

MOSSORO/RN

BR:

110

KM:

49.0

SENTIDO:

Crescente

DESCRIPTIVO DO LOCAL:

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:

Plena Noite

CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:

Céu Claro

TIPO DE VIA:

Principal

TIPO DE PISTA:

Dupla

CONDIÇÃO DE PISTA:

Seca

TIPO DE PAVIMENTO:

Asfalto

ESTRUTURA VIÁRIA:

Interseção de Vias

LOCALIDADE URBANIZADA:

Sim

EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:

Sim

EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:

Sim

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF M. ESCOSSIO, MATRÍCULA 1636521

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 05/12/2017 12:51

NÚMERO DE CONTROLE: ECEE478596912A28E17EE8B9DA6785

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092033B01

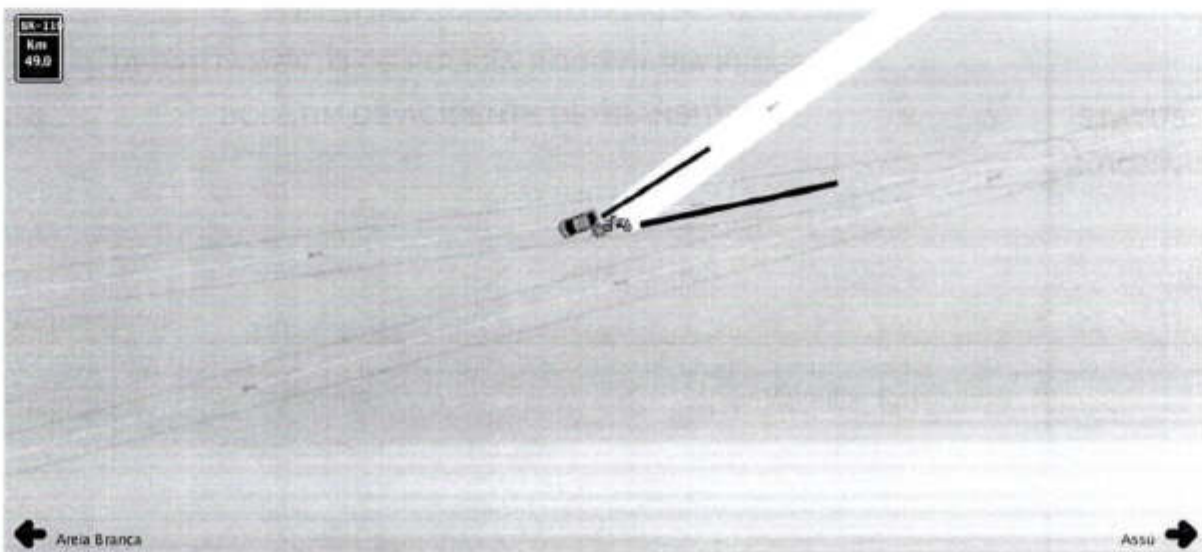
STATUS:
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	

Croqui



Narrativa

De acordo com vestígios encontrados no local e relato de testemunhas e envolvidos, o condutor de V2 adentrava Na BR 110, vindo da Rua Raimundo Firmino de Oliveira. V1 seguia o fluxo e faixa de rolamento na BR 110, sentido decrescente. O condutor de V2 quando acessou a rodovia, não visualizou V1 transitando em faixa de rolamento da referida rodovia. nesse momento os veículos entraram em rota de colisão. Nesse momento, o condutor de V1 iniciou manobra evasiva à esquerda, no entanto a conversão não foi suficiente, havendo o choque com a lateral traseira de V2.



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF M. ESCOSSIO, MATRÍCULA 1636521

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 05/12/2017 12:51

NÚMERO DE CONTROLE: ECEE478596912A28E17EE8B9DA6785

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 2 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092033B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: OWB0377	MARCA/MODELO: HONDA/XRE 300	ANO FABRICAÇÃO: 2013
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEICULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C2ND1110DR022574	RENAVAM: 00579951073	PAÍS: BRASIL	
ESPÉCIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
NOME DO PROPRIETÁRIO: BALBINO LUIZ DE SOUZA NETO		CPF/CNPJ: 702.201.034-02	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO: R RAIMUNDA PEREIRA REBOUCAS			NÚMERO: 127
COMPLEMENTO:			BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: MOSSORO/RN			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF M. ESCOSSIO, MATRÍCULA 1636521

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA Ocorrência: 05/12/2017 12:51

NÚMERO DE CONTROLE: ECEE478596912A28E17EE8B9DA6785

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 3 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092033B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V2	PLACA: NSM1707	MARCA/MODELO: VW/FOX 1.0 SUNRISE	ANO FABRICAÇÃO: 2009
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Automóvel	
CHASSI: 9BWAA05Z7A4038124	RENAVAM: 00165658509	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Entrando na via	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

NOME DO PROPRIETÁRIO: VILCELANIA ALVES COSTA	CPF/CNPJ: 039.660.014-03
---	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO: R JULINHA PAULA	NUMERO: 141
COMPLEMENTO:	BAIRRO:

MUNICÍPIO/UF:
MOSSORO/RN

TELEFONE:	EMAIL:
-----------	--------

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

IMAGEM ADICIONAL



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF M. ESCOSSIO, MATRÍCULA 1636521

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 05/12/2017 12:51

NÚMERO DE CONTROLE: ECEE478596912A28E17EE8B9DA6785

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092033B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / OWB0377 / HONDA/XRE 300		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: CIRO VINICIUS MEDEIROS DA SILVA	CPF: 110.092.884-74	DATA DE NASCIMENTO: 31/03/1995
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: MARIA ELZA MEDEIROS FELIPE SILVA	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA ANTONIO SABINO	NÚMERO: 225
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO: DOM JAIME CAMARA
MUNICÍPIO/UF: MOSSORO/RN	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AD
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 06147922616	UF: RN
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 14/08/2014	VALIDADE DA CNH: 14/08/2021	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 15		

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Graves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL	
USAVA CAPACETE: Sim	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: Vítima em atendimento pelo Samu		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: SAMU
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: SAMU	



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF M. ESCOSSIO, MATRÍCULA 1636521

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 05/12/2017 12:51

NÚMERO DE CONTROLE: ECEE478596912A28E17EE8B9DA6785

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092033B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF M. ESCOSSIO, MATRÍCULA 1636521

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 05/12/2017 12:51

NÚMERO DE CONTROLE: ECEE478596912A28E17EE8B9DA6785

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092033B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / OWB0377 / HONDA/XRE 300

ENVOLVIMENTO:

Passageiro

NOME:

EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

CPF:

701.031.394-60

DATA DE NASCIMENTO:

13/01/2001

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ORGAO EXPEDIDOR:

SEXO:

Feminino

ESTADO CIVIL:

NOME DA MÃE:

ROSEANE MARIA DE MOURA

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

FRANCISCO PEREIRA DE AZEVEDO

NUMERO:

144

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

NOVA VIDA

MUNICÍPIO/UF:

MOSSORO/RN

TELEFONE:

EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Lesões Graves

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

NÃO APLICÁVEL

USAVA CAPACETE:

Sim

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

NÃO APLICÁVEL

Encaminhamento

MOTIVO:

Socorro médico

TIPO DE RECEPTOR:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF M. ESCOSSIO, MATRÍCULA 1636521

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 05/12/2017 12:51

NÚMERO DE CONTROLE: ECEE478596912A28E17EE8B9DA6785

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 7 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092033B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / NSM1707 / VW/FOX 1.0 SUNRISE

ENVOLVIMENTO:

Condutor

NOME:

ILDETE MARIA ALVES COSTA

CPF:

654.094.344-04

DATA DE NASCIMENTO:

27/02/1959

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

SEXO:

Feminino

ESTADO CIVIL:

NOME DA MÃE:

ALZIRA MARIA DA CONCEICAO

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

RUA HENRIQUE LIMA

NUMERO:

1337

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

PLANALTO 13 DE MAIO

MUNICÍPIO/UF:

MOSSORO/RN

TELEFONE:

EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO:

Habilitação Nacional

PAÍS DA HABILITAÇÃO:

CATEGORIA:

B

MOTORISTA PROFISSIONAL:

Nº DO REGISTRO:

05718716686

UF:

RN

Não

DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO:

27/02/2013

VALIDADE DA CNH:

21/06/2022

OBSERVAÇÕES DA CNH:

A

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Ileso

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

Sim

USAVA CAPACETE:

NÃO APLICÁVEL

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

NÃO APLICÁVEL

TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL:

Não

RESULTADO DO TESTE:

RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:

Não

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

EQUIPE PRF EM DESLOCAMENTO ADMINISTRATIVO. NÃO PORTAVA ETILÔMETRO NO MOMENTO DO ATENDIMENTO.

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:

Não

SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

Não

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF M. ESCOSSIO, MATRÍCULA 1636521

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 05/12/2017 12:51

NÚMERO DE CONTROLE: ECEE478596912A28E17EE8B9DA6785

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092033B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / OWB0377 / HONDA/XRE 300

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

M. ESCOSSIO/1636521

NÚMERO DO BAT:

17092033B01

DATA/HORA:

01/12/2017 22:30

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF M. ESCOSSIO, MATRÍCULA 1636521

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 05/12/2017 12:51

NÚMERO DE CONTROLE: ECEE478596912A28E17EE8B9DA6785

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 9 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092033B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF M. ESCOSSIO, MATRÍCULA 1636521

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 05/12/2017 12:51

NÚMERO DE CONTROLE: ECEE478596912A28E17EE889DA6785

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 10 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092033B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / NSM1707 / VW/FOX 1.0 SUNRISE

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

M. ESCOSSIO/1636521

NÚMERO DO BAT:

17092033B01

DATA/HORA:

01/12/2017 22:30

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.

20 FEV 2018

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF M. ESCOSSIO, MATRÍCULA 1636521

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 05/12/2017 12:51

NÚMERO DE CONTROLE: ECEE478596912A28E17EE8B9DA6785

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

PROTOCOLO
AG.: NATAL

Página 11 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092033B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)



IMAGEM DA TRASEIRA (V2)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF M. ESCOSSIO, MATRÍCULA 1636521

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 05/12/2017 12:51

NÚMERO DE CONTROLE: ECEE478596912A28E17EE8B9DA6785

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 12 de 12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Emanuel Raimy de Moura Silva

CPF da Vítima

701.031.39460

Data do Acidente

01.12.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Roseane Maria de Moura

CPF do Representante legal

094.341.701-00

Email

Telefone (DDD)

184/9-9852-8771

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Local e Data

Nossa Senhora do Socorro, 26 de Janeiro de 2018

Emanuel Raimy de Moura Silva e Roseane Maria de Moura

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 840

Mossoró 15 de Dezembro de 2017

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a): **ROSEANE MARIA DE MOURA, 32 anos,**
RG: 2.940.425 passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: 40

Nome do Paciente: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA, 16 anos.

Data: 01/12/2017

Local da ocorrência: Av. Presidente Dutra.

Viatura: USB – Unidade de Suporte Básico 01.

Hora do Chamado: 22h 23min.

Natureza da Ocorrência: Colisão moto x carro.

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

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 5868-2
Agente administrativo SAMU/Mossoró

Dr. Dixon Fradik M. Lima
Clínico Geral / Cardiologia
CRM: 8997

Dixon Fradik Medeiros de Lima
Matrícula 405418-2
Diretor do SAMU/ Mossoró

SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró – RN
Tel / FAX: (0xx-84) 3315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Marcos da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 943.362.944-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Emanuel Raimy de Karas inscrito (a) no CPF sob o Nº 324.034.394/60, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Emanuel Raimy de Karas inscrito (a) no CPF sob o Nº 324.034.394/60, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios: Recuso

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Francisco Pereira de Azevedo</u>		<u>344</u>	<u>casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>SANTA DELÍPIA</u>	<u>MOSSORÓ</u>	<u>RN</u>	<u>59.628.823</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>18479-9232-8771</u>

Mossoró de 26 de Janeiro de 2018
Local e Data

João Marcos da Silva
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Baltino Luiz de Souza Neto,
RG nº 2855390, data de expedição 13/04/2013
Órgão SSP/RN portador do CPF nº 702.264.034-02 com
domicílio na cidade de Mossoró, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Antonio Galvão, nº 225,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Emmanuelle Raiany de Sousa Silva cujo o condutor era
Emmanuelle Raiany de Sousa Silva

Veículo: hato
Modelo: Honda XR 300
Ano: 2013
Placa: 0W0377
Chassi: GE2UD33100R022374
Data do Acidente: 03/12/2017
Local e Data: Mossoró RN 17/12/2017

Baltino Luiz de Souza Neto
Assinatura do Declarante

Emmanuelle Raiany de Sousa Silva

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

RECONHEÇO por autenticidade, a firma
de Emmanuelle Raiany de Sousa Silva

Mossoró(RN) 19 DEZ 2017 dou fé
Em Teste

[Assinatura]
Francisco Alves da Costa Fernandes-SUBSTITUTO
Francisco José Maximiano-SUBSTITUTO
Luana Kariny Mendonça Fernandes-SUBSTITUTA



SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
Rua Santos Dumont, 10 - Centro
Mossoró-RN Fone(84) 3317-4278

RECONHEÇO por autenticidade, a firma
de Baltino Luiz de Souza Neto

Mossoró(RN) 19 DEZ 2017 dou fé
da verdade
[Assinatura]
Francisco Alves da Costa Fernandes-TABELA
Francisco José Maximiano-SUBSTITUTO
Luana Kariny Mendonça Fernandes-SUBSTITUTA

