

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 **Data do acidente:** 01/12/2017 **Seguradora:** DAYPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.
SILVA

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:



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIO X HOSP MOSSORO - VI MOSSORO
Nº Pedido: 22766629

Data 02/12/2017
Pag 1 de 1

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

Convenio...: HAPVIDA MOSSORO

Matrícula.: 80510002541001012

Solicitante: Dr(a) GISELE DOS REIS LOP

Queixa Principal:

Exame:

RX BRACO (MENTRO SUPERIORES) - ESQUERDO

IR6T_

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 à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

lomo013

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 IMPOTÊNCIA 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 N° 2.517

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

20 FEV 2018

PROTOCOLO
AG.: NATAL

JOÃO FIRMINO DA SILVA NETO
CRM: # 2.517

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

Hapvida

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SE/SABTI

GNÓSTICO E TERAPIA: SPS/SART

8603322

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

11/12/2017 17:39:56

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

DADOS DO CONVENIO

Convenio 255 HAPVIDA MOSSORÓ	CLUBE DE SAÚDE ADMINISTRADORA BENEFÍCIOS LTDA 7 PLANO EMP VIDA VIP APARTAMENTO - COLETIVO		
Carteira 80510002541001012	Validade		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor 310100-RECEPCAO EMERGENCIA - CM MOSSORÓ			
Data 02/12/2017	Hora 15:03	Matrícula	Tipo Atendimento 4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente 2731703 KATIANE GOMES MENDES	Clinica		
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 15148907	Nome do Paciente EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA		Sexo F	Nascimento 13/01/2001	Idade 16
RG 988349621	CPF 70103139460	Carteira Profissional	Estado Civil 2-SOLTEIRO		
Endereço R RUA FRANCISCO PEREIRA DE AZEVEDO, 144 - DOM JAIME CÂMARA, MOSSORÓ (RN) CEP 59628823					
Telefone Residencial 988349621	Telefone Trabalho				

DADOS DO CONVENIO

Convenio 255 HAPVIDA MOSSORÓ	CLUBE DE SAÚDE ADMINISTRADORA BENEFÍCIOS LTDA 7 PLANO EMP VIDA VIP APARTAMENTO - COLETIVO
Carteira 80510002541001012	Validade

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor 310100-RECEPCAO EMERGENCIA - CM MOSSORÓ			
Data 02/12/2017	Hora 15:03	Matricula	Tipo Atendimento 4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente 2731703 KATIANE GOMES MENDES	Clinica		
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 -- SPS/ADT N° 31136230

1 - Registro Ape

ANS N° 0

31136230

MÓDULOS DO BENEFICIÁRIO

B - Número da Carteira

80510002541001012

ADRESSES DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - Código na Operadora CNP-JCOPF

15760124000495

16 - Nome do Profissional Subsistema

GISELE DOS REIS LOPES

ADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - Data/Hora da Subsistema

31/12/2017

22 - Código na Subsistema

U

23 - Código do Procedimento

M791

24 - Indicação Clínica

31 - Nome do Consultante

EMANUELE RAJANY DE MOURA SILVA

10 - Validade da Carteira

11 - Nome

12 - Número do Conselho Nacional de Saúde

7216

13 - Número da carteira

UNIDADE DE ATENÇÃO HOSPITALAR LTDA

14 - Nome do Consultante

GISELE DOS REIS LOPES

15 - Código CRM

CRM

16 - Código no Conselho

7216

17 - Conselho Profissional

CRM

18 - Número no Conselho

7216

19 - UF

RN

20 - Código CBO S

28 - Código Socie

1

21 - Código CNEST

COMPREV

22 - Código CBO S

20 - Código CBO S

23 - Código CBO S

20 - Código CBO S

24 - Código CBO S

20 - Código CBO S

25 - Código na Operadora CNP-JCOPF

27 - Unidade

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

28 - Código CBO S

SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DEBRIDAMENTO

29 - Código CBO S

30 - Código CBO S

31 - Código CBO S

32 - Código CBO S

33 - Código CBO S

34 - Código CBO S

35 - Código CBO S

36 - Código CBO S

37 - Código CBO S

38 - Código CBO S

39 - Código CBO S

40 - Código CBO S

41 - Código CBO S

42 - Código CBO S

43 - Código CBO S

44 - Código CBO S

45 - Código CBO S

46 - Código CBO S

47 - Código CBO S

48 - Código CBO S

49 - Código CBO S

50 - Código CBO S

51 - Código CBO S

52 - Código CBO S

53 - Código CBO S

54 - Código CBO S

55 - Código CBO S

56 - Código CBO S

57 - Código CBO S

58 - Código CBO S

59 - Código CBO S

60 - Código CBO S

61 - Código CBO S

62 - Código CBO S

63 - Código CBO S

64 - Código CBO S

65 - Código CBO S

66 - Código CBO S

67 - Código CBO S

68 - Código CBO S

69 - Código CBO S

70 - Código CBO S

71 - Código CBO S

72 - Código CBO S

73 - Código CBO S

74 - Código CBO S

75 - Código CBO S

76 - Código CBO S

77 - Código CBO S

78 - Código CBO S

79 - Código CBO S

80 - Código CBO S

81 - Código CBO S

82 - Código CBO S

83 - Código CBO S

84 - Código CBO S

85 - Código CBO S

86 - Código CBO S

87 - Código CBO S

88 - Código CBO S

89 - Código CBO S

90 - Código CBO S

91 - Código CBO S

92 - Código CBO S

93 - Código CBO S

94 - Código CBO S

95 - Código CBO S

96 - Código CBO S

97 - Código CBO S

98 - Código CBO S

99 - Código CBO S

100 - Código CBO S

101 - Código CBO S

102 - Código CBO S

103 - Código CBO S

104 - Código CBO S

105 - Código CBO S

106 - Código CBO S

107 - Código CBO S

108 - Código CBO S

109 - Código CBO S

110 - Código CBO S

111 - Código CBO S

112 - Código CBO S

113 - Código CBO S

114 - Código CBO S

115 - Código CBO S

116 - Código CBO S

117 - Código CBO S

118 - Código CBO S

119 - Código CBO S

120 - Código CBO S

121 - Código CBO S

122 - Código CBO S

123 - Código CBO S

124 - Código CBO S

125 - Código CBO S

126 - Código CBO S

127 - Código CBO S

128 - Código CBO S

129 - Código CBO S

130 - Código CBO S

131 - Código CBO S

132 - Código CBO S

133 - Código CBO S

134 - Código CBO S

135 - Código CBO S

136 - Código CBO S

137 - Código CBO S

138 - Código CBO S

139 - Código CBO S

140 - Código CBO S

141 - Código CBO S

142 - Código CBO S

143 - Código CBO S

144 - Código CBO S

145 - Código CBO S

146 - Código CBO S

147 - Código CBO S

148 - Código CBO S

149 - Código CBO S

150 - Código CBO S

151 - Código CBO S

152 - Código CBO S

153 - Código CBO S

154 - Código CBO S

155 - Código CBO S

156 - Código CBO S

157 - Código CBO S

158 - Código CBO S

159 - Código CBO S

160 - Código CBO S

161 - Código CBO S

162 - Código CBO S

163 - Código CBO S

164 - Código CBO S

165 - Código CBO S

166 - Código CBO S

167 - Código CBO S

168 - Código CBO S

169 - Código CBO S

170 - Código CBO S

171 - Código CBO S

172 - Código CBO S

173 - Código CBO S

174 - Código CBO S

175 - Código CBO S

176 - Código CBO S

177 - Código CBO S

178 - Código CBO S

179 - Código CBO S

180 - Código CBO S

181 - Código CBO S

182 - Código CBO S

183 - Código CBO S

184 - Código CBO S

185 - Código CBO S

186 - Código CBO S

187 - Código CBO S

188 - Código CBO S

189 - Código CBO S

190 - Código CBO S

191 - Código CBO S

192 - Código CBO S

193 - Código CBO S

194 - Código CBO S

195 - Código CBO S

196 - Código CBO S

197 - Código CBO S

198 - Código CBO S

199 - Código CBO S

200 - Código CBO S

201 - Código CBO S

202 - Código CBO S

203 - Código CBO S

204 - Código CBO S

205 - Código CBO S

206 - Código CBO S

207 - Código CBO S

208 - Código CBO S

209 - Código CBO S

210 - Código CBO S

211 - Código CBO S

212 - Código CBO S

213 - Código CBO S

214 - Código CBO S

215 - Código CBO S

216 - Código CBO S

217 - Código CBO S

218 - Código CBO S

219 - Código CBO S

220 - Código CBO S

221 - Código CBO S

222 - Código CBO S

223 - Código CBO S

224 - Código CBO S

225 - Código CBO S

226 - Código CBO S

227 - Código CBO S

228 - Código CBO S

229 - Código CBO S

230 - Código CBO S

231 - Código CBO S

232 - Código CBO S

233 - Código CBO S

234 - Código CBO S

235 - Código CBO S

236 - Código CBO S

237 - Código CBO S

238 - Código CBO S

239 - Código CBO S

240 - Código CBO S

241 - Código CBO S

242 - Código CBO S

243 - Código CBO S

244 - Código CBO S

245 - Código CBO S

246 - Código CBO S

247 - Código CBO S

248 - Código CBO S

249 - Código CBO S

250 - Código CBO S

251 - Código CBO S

252 - Código CBO S

253 - Código CBO S

254 - Código CBO S

255 - Código CBO S

256 - Código CBO S

257 - Código CBO S

258 - Código CBO S

259 - Código CBO S

260 - Código CBO S

261 - Código CBO S

262 - Código CBO S

263 - Código CBO S

264 - Código CBO S

265 - Código CBO S

266 - Código CBO S

267 - Código CBO S

268 - Código CBO S

269 - Código CBO S

270 - Código CBO S

271 - Código CBO S

272 - Código CBO S

273 - Código CBO S

274 - Código CBO S

275 - Código CBO S

276 - Código CBO S

277 - Código CBO S

278 - Código CBO S

279 - Código CBO S

280 - Código CBO S

281 - Código CBO S

282 - Código CBO S

283 - Código CBO S

284 - Código CBO S

285 - Código CBO S

286 - Código CBO S

287 - Código CBO S

288 - Código CBO S

289 - Código CBO S

290 - Código CBO S

291 - Código CBO S

292 - Código CBO S

293 - Código CBO S

294 - Código CBO S

295 - Código CBO S

296 - Código CBO S

297 - Código CBO S

298 - Código CBO S

299 - Código CBO S

300 - Código CBO S

301 - Código CBO S

302 - Código CBO S

303 - Código CBO S

304 - Código CBO S

305 - Código CBO S

3



FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
47194960

IR6T

04/12/2017 11:52:0

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

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, MOSSORÓ(RN) CEP 59628823					
Telefone Residencial	Telefone Trabalho				
988349621					

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	310100-RECEPCAO EMERGENCIA - CM MOSSORÓ		
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



CENTRO MEDICO
RODRIGO
FERNANDES
MOSSORÓ

FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL

Paciente:

Idade:

Médico:

Wata

Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Frontuario

Atendimento

ANAMNESE

Peso (Kg):

Exames Físico

Temperatura (°C):

Prescrição Médica

Exames Solicitados

Evolução Médica

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA J.A.

26 FEVEREIRO 2018

PROTÓCOLO
AG.: NATAL

Carimbo/Assinatura do Médico

Evolução da Enfermagem
Hora entrada repouso: _____ Hora saída Repouso: _____

Talvez tipo Boas condições

codigo	Qtd	Especificação	Material Utilizado	
4290		Agua Destilada 10 ML	26891	
33985		Agua Destilada 20ml	27138	Drano De Penrose 1
1720		Agua Oxigenada	27065	Equipo (Macrogotas)
7847		Ajulha Desc. 13x4,5	50997	Equipo (Microgotas)
7855		Ajulha Desc. 25x07	31771	Espadrapo
2450		Ajulha Desc. 40x12	25950	Eter
11739		Alcool 70%	25968	Fio Catgut Simples 3.0
1055		Algodao (Atadura 10cm)	31984	Fio Catgut Simples 4.0
20191		Algodao (Atadura 15cm)	31992	Fio Mononylon 3-0
19250		Algodao (Atadura 20cm)	32000	Fio Mononylon 4-0
31063		Algodao Hidrofilo	32263	Fio Mononylon 5-0
17910		Arruelas P/Monitor Desc	30597	Fio Vicril 5-0
17936		Atadura Crepom 10 Cm	48674	Gaze Seda 7,5 X 7,5
27944	03	Atadura Crepom 15 Cm	118979	Irxol
27960	05	Atadura Crepom 25 Cm	30635	Lamina De Bisturi 24
30074		Atadura De Gesso 10 Cm	30660	Luva De Procedimento M
30082	02	Atadura De Gesso 15 Cm	30678	Luva Descartavel N-7,5
30090		Atadura De Gesso 20 Cm	30724	Luva Descartavel N-8,0
30163		Cateter De Oxigenio	50822	Malha Tubular 10 Cm
30210		Cateter Iv 22 (Jelco)	51004	Mascara Descartavel
30228		Cateter Iv 24 (Jelco)	32360	Micropore
				Povidine Topico
				45233
				45250
				Kylocaina C/Ad 2%
				Kylocaina S/Ad 2%

Outros:

Assinatura do auxiliar de enfermagem

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página

UNIDADE DE ATENCAO HOSPITALAR LTDA

Paciente: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

Dt. Nasc.: 13/01/2001

Atendimento: 47194960

Prontuário: 15148907

Convênio: HAPVIDA MOSSORÓ

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

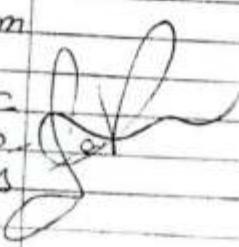
REGISTRO DE PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Nome do paciente: Emanuelle Reicny de Moraes Silveira
 Atendimento: Bombeiros Leito _____ Unidade _____
 Data: 02/12/2012 Pediatria _____

MANHÃ

ORA	Observação de Enfermagem	CARIMBO / ASSINATURA
14:00	Raciocínio a paciente consciente orientada, pós acidente de moto com laceras escoriações em membranas superiores e inferiores, e fratura em membrana superior esquerda com descolamento parcial em MMS 5/10. Apesar de alergias, paciente não possui desconfortos de leucose, a mesma permanece na unidade de emergência aguardando de autorização para transferência e segue aos cuidados da equipe de enfermagem	

TARDE

ORA	Observação de Enfermagem	CARIMBO / ASSINATURA
18:51	Entrega-mos a paciente consciente orientada, em modo imediatamente, com sinais vitais normais e ótimo. Anormalidades devido ao intenso sentimento de dor que atingiu a metade e meia da costela com pressão médica e segue aos cuidados de enfermagem	

NOITE

Observação de Enfermagem

CARIMBO / ASSINATURA

**SINAIS VITAIS**

PA	*	mmhg	T: <u>37.5</u> °C	P: <u>78</u> bpm	R: <u>20</u> rpm	ASS.: <u>J.R.</u>
PA	x	mmhg	T: <u></u> °C	P: <u></u> bpm	R: <u></u> rpm	ASS.: <u></u>
PA	x	mmhg	T: <u></u> °C	P: <u></u> bpm	R: <u></u> rpm	ASS.: <u></u>
PA	x	mmhg	T: <u></u> °C	P: <u></u> bpm	R: <u></u> rpm	ASS.: <u></u>
PA	x	mmhg	T: <u></u> °C	P: <u></u> bpm	R: <u></u> rpm	ASS.: <u></u>
PA	x	mmhg	T: <u></u> °C	P: <u></u> bpm	R: <u></u> rpm	ASS.: <u></u>

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento

47214883



OK
03/12/2017 13:05:24

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

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 MOSSORÓ-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		Clinica	
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			

OK
04/12

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 INTERNACAO 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

sun

4349078

Atendimento:	47214883	Prontuário:	15148907	EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA	HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s) :	30718058	FRATURA (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - ENXERTO OSSEO	31403123	Tipo Anestesia: BLOQ.PLEXO-BRAQUIAL+SEDACA 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					
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	36811 DECADRON 4 MG FR 2,5 ML AMPL 2,5 ML		1
51373	AGUILHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD	1	48542 DIPRIVAN 20ML AMPL 20 ML		1
27855	AGUILHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	40037 DORMONID 15 MG AMPL 3 ML		1
32450	AGUILHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	139923 FENTANIL 2ML AMPL 2 ML		1
134866	AGUILHA STIMUPLEX 100 G - 21X4 - 1 UD	1	48674 IRUXOL HSIN 30 GR		10
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 FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML		3
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	2	45250 XYLOCAINA SIAD 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	CLOREDEXINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200			
135866	CLOREDEXINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200			
112712	CLOREDEXINA DERGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	200			
158880	COMPRESA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	4	Gases / Aparelhos		
27138	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	19 TAXA DE SALA	Inicio: 15:30 Fim: 18:30	
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	50	20 OXIGENIO	Inicio: 15:30 Fim: 18:30	
31771	ETER FRAS 1000 ML	50	15 BISTURI ELÉTRICO	Inicio: 15:30 Fim: 18:30	
130523	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1	22 OXIMETRO DE PULSO	Inicio: 15:30 Fim: 18:30	
25895	FIO POLYCOI (SPA45T) - POLYCOT BLUE 0 15 - 1 UD	1	25 STIMUPLEX	Inicio: 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	GORRÓ 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			
60822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA CTIRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	200			
27340	PARAFUSO CORTICAL 4,5MM - 1 UD	9			
27600	PLACA DE 10 FUROS - 1 UD	1			
30923	PLACA DESCARTAVEL P/BNSTURI ADULTO - 1 UD	1			
60849	PROPS DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
60856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	4			
60864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	3			
60872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1			
0961	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD	1			
0970	SONDA ASP TRAQUEAL 14 - 1 UD	1			
0881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	2			
47256	TRANSOFIX - 1 UD	1			
6430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

FICHA DE ANESTESIA

Nome: Eduardo Ribeiro de Moura Data: 05/12/17
Idade: 16 Peso: _____ Sexo: F () M ()
Prontuário: Fafum Smith Convênio: HAPVID
Diagnóstico: Fratura tronco posseletamento epifisiar
Cirurgia: Fixação tronco posseletamento epifisiar Anestesia: Bloqueio + Sedativo
Cirurgião: JDA Asst: F ASA: F

[A] HORA 15:50 -

		DROGAS
1	Lidocaina	300 -g
2	Bicarbonato	50 -g
3	Decongestivo	10 -g
4	Paracetamol	5 -g
5	Antidiarréico	100.-cc
6	Albuterol	10 -g
7	Propofol	50 -g
8	Levadilina	30 -g
9		
10		

EVENTO
Bloqueio interestadual
El Revisor anula
2/ intercomunicações
Reuter 1900 p. 1
SF - A Sua estória
Bem pôr o resumido

Ass. Anestesista - CRM

statista - CRM
essen elrahut Okt 1873

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 Arseniadi
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 10511 - TEO 17.0223

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 úmido	[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]
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	SIM.	[1]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sangue Se Risco De Perda Sanguínea (> 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 MÉDICA

Emissão 03/12/2017 18:44:42

Paciente: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA
 Convenio: HAPVIDA MATRIZ
 Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA - HAPFOR Leito: ENFEMG/4

1.DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

Dt. Nasc.: 13/01/2001
 Nº Prescrição: 15216865
 Atendimento: 47214883
 03/12/2017 às 13:58
 Peso: 60.00 kg

Prontuário: 15148907

2.Hidratação Venosa Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7.00 gts/min	Acesso Periférico
SORO FISIOLOGICO 0,9% (D1/1)	ml/Kcal/dia 500 ml 20.83 1g Aqua Destilada	1FRAP (C/1GR) 10 ml	8/8h EV
4.PROFENID IV (100.00mg)	100 mg Soro Fisiologico 0,9%	1FRAP (C/100MG) 100 ml	8/8h EV
5.DIPIRONA (500.00mg/ml)	1000 mg Aqua Destilada	2ML (AMPL C/500MC 18 ml	6/6h EV
6. TRAMAL (50.00mg/ml)	100 mg Soro Fisiologico 0,9%	2ML (AMPL C/100MC 100 ml	8/8h EV SN
7.PLAMET (5.00mg/ml)	10mg Aqua Destilada	2ML (AMPL C/10MG 18 ml	8/8h EV
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 ACCOCHO/			
15.COMPRESSÃO COM ÉTER		SN	

Dr. João Roberto
Ortopedista Reumatologista
CRM-CE 10541 - Traumatologia

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: EMANUELE RAJANY DE MOURA SILVA	Dt. Nasc.: 13/01/2001	Atendimento: 47214883	Emissão: 03/12/2017 20:18:19
Convenio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 0015216865	03/12/2017 às 13:58	Prontuário: 15148907
Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA - HAPFOR	Leito: ENFMG/4	Peso: 60.00 kg	2008
PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS
1. DIETAGERAL ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL	
2. Hidratação	Fase Única	Vol. Total:	7.00 gts/min Acesso Periférico
Venosa		500 ml	
SORO FISIOLOGICO 0,9%	20.83	ml/Kcal/dia	500 ml
3. CEFAZOLINA SODICA (1,00g) (D1/1)	1g	1 FRAP (C/1GR)	
	Agua Destilada	10 ml	
4. PROFENID IV (100,00mg)	100 mg	1 FRAP (C/100MG)	22:00 ; 04/12-06:00 ;
Soro Fisiologico 0,9%	100 mg	100 ml	
5. DIPIRONA (500,00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/100MG)	8/8h EV
Agua Destilada	100 ml	18 ml	04/12-00:00 ; 04/12-06:00 ;
6. TRAMAL (50,00mg/ml)	100 mg	2ML (AMPL C/100MG)	6/6h EV SN
Soro Fisiologico 0,9%	100 mg	18 ml	
7. PLAMET (5,00mg/ml)	10 mg	2ML (AMPL C/10MG)	8/8h EV
Agua Destilada	10 mg	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.			

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 3

Paciente: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA - HAPFOR

Dt. Nasc.: 13/01/2001
 N° Prescrição: 0015216865
 Leito: ENFEMG/4

Emissão: 03/12/2017 20:18:19
 Atendimento: 47214883
 Pronunciário: 15148907

PRESCRIÇÃO MÉDICA

COMPRESSÃO COM ÉTER

SN

HORÁRIOS

Reservado para o SND
 ENTEROFIX _____
 Ass. _____

Legenda horário : Indica item não administrado.
 Indica item checado.

Sammy Karla B. Moura
 Endereço: Rua 140, 117
 COREN-CE: 040117

Dra. Raimunda Estevânia da Sandrade
 Clínica médica
 CREFMEC, 16353

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1
03/12/2017 23:09

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 MÓVIMENTO 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 CORPORAL

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
Pagina 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/I 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 UMERO

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.

Nome: Emiliane Raciury de Moraes
Prontuário: 2008-062
Lsgo: Quinta-feira

CONTROLE HEMODINÂMICO DO PACIENTE ADULTO

Data: 03/12/11

HORÁRIO	PA	GLICEMIA (0 a 10)	DOR (0 a 10) RESPIRATORIA	FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	PA SISTOLICA	PONTUAÇÃO SISTOLICA	FREQUÊNCIA CARDIACA	PONTUAÇÃO CARDIACA	TEMPERATURA	PONTUAÇÃO TEMPERATURA	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA D, A, V.D.S.	PONTUAÇÃO CONSCIÊNCIA	SOMATÔRIO MENOS	SINALIZAÇÃO DO CÓDIGO	ASSINATURA CARIMBO
01:00															
02:00															
03:00															
04:00															
05:00															
06:00	120/80														
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	120/80	-	- 20	- 120	- 70	- 37	-	e	-	- 36.6					
21:00															
22:00															
23:00	120/80	-	- 19	- 120	- 80	- 36.2	-	e	-	- 36.6					
00:00															

ESTADO DE CONSCIÊNCIA

C= CONSCIENTE AL ARRASTADO OU CONFUSO
V= PISCANDO E ESTÍQUELOS VERBAIS
D= RESPONDE A ESTÍMULOS DOLOROSOS
S= SEM REPONSA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

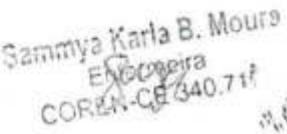
Emissão: 04/12/2017 10:57:31

Paciente: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA Convenio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO 2A	Dt. Nasc.: 13/01/2001 Nº Prescrição: 15223916 Leito: 2008/1	Atendimento: 47214883 04/12/2017 às 10:46 Peso: 60,00 kg	Prontuário: 15148907
1.DIET/GERAL-ADULTO / PARA A IDADE			
2 Hidratação Venosa Fase Única SORO FISIOLOGICO 0,9% 20,83 ml/Kcal/dia	Vol. Total: 500 ml 500 ml	7,00 gts/min	Acesso Periférico
3 CEFAZOLINA SODICA (1,00g) (D1/2) Agua Destilada	1g 10 ml	1 FRAP(C/1GR)	8/8h EV
4 PROFENID IV (100,00mg) Soro Fisiologico 0,9%	100 mg 100 ml	1 FRAP(C/100MG)	8/8h EV
5 DIPIRONA (500,00mg/ml) Agua Destilada	1000 mg 18 ml	2 ML (AMPL C/500MG/6h)	EV
6 TRAMAL (50,00mg/ml) Soro Fisiologico 0,9%	100 mg 100 ml	2 ML (AMPL C/100MG/8h)	EV SN
7 PLAMET (5,00mg/ml) Agua Destilada	10 mg 18 ml	2 ML (AMPL C/10MG/8h)	EV
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			
13 RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC		SN	
14 CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOA		SN	
15 COMPRESSAO COM ETER		SN	
16 Alta em: 04/12/2017	ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO		
	Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA		

RP1541

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA/2017 10:56

192.85.4.101


 Sammaya Karla B. Moura
 Encanopera
 COREN-CE 340.717




PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 3
04/12/2017 11:11:08

Paciente: EMANUELE RAJANY DE MOURA SILVA		Dt. Nasc.: 13/01/2001	Atendimento: 47214883	Prontuário: 15148907
Convenio: HAPVIDA MATRIZ		Nº Prescrição: 0015223916	04/12/2017 às 10:46	
Posto: POSTO 2A		Leito: 2008/1	Peso: 60.00 kg	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS
1.DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE				3/3h ORAL
2.Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7.00 gts/minAcesso Periférico	
SORO FISIOLOGICO 0,9%	20.83	ml/Kcal/dia	500ml	
3.CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/2)	Aqua Destilada	1g 10 ml	1FRAP (C/1GR)	14:00 / ;
4.PROFENID IV (100.00mg)				14:00 / ;
Soro Fisiologico 0,9%	100 mg	1FRAP (C/100MG) 100 ml	8/8h EV	
5.DIPIRONA (500.00mg/ml)	1000 mg	2ML (AMPL C/500MG) 18 ml	6/6h EV	12:00 / ;
Aqua Destilada				
6.TRAMAL (50.00mg/ml)				
Soro Fisiologico 0,9%	100 mg	2ML (AMPL C/100MG) 100 ml	8/8h EV	SN
7.PLAMET (5.00mg/ml)				
Aqua Destilada	10mg	2ML (AMPL C/10MG) 18 ml	8/8h EV	14:00 / ;
8.SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO				
9-CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA	SN			
10-PUNCAO C/ JELCO		12:00 / ;		
11-SINAIS VITais		12:00 / ;		
12-GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS		12:00 / ;		
13-RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC	SN	12:00 / ;		
14-CURATIVO COM ATADURA E GAZE		12:00 / ;		
<i>Carvalho Eduardo Correia</i>				

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 3

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

Dt. Nasc.: 13/01/2001 Atendimento: 47214883
Nº Prescrição: 0015223916 Prontuário: 15148907
Leito: 2008/1 Peso: 60,00 kg

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

15-COMPRESSÃO COM ÉTER
16-Alta em: 04/12/2017 SN
Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO

ACOCHOADA MEDIO

12:00 : HORÁRIOS

Reservado para o SND
ENTEROFIX Ass.

Legenda horário : Indica item não administrado.
 Indica item checado.

Katia B. Moura
Sammya Borges Moura
COREMEB 040.747
RP1534

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/12/2017 13:

Paciente: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA Dt. Nasc.: 13/01/2001 Atendimento: 47214883 Prontuário: 15148907
 Convênio: MAPVIDA 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 UMERO

[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. SEGUO 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]

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

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 UMERO, SEM INSERTECORRENCIAS

[1]



FOLHA DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Página 1 de 1

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] N°: 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]



Rafael Bezerril Nogueira
04/12/2017 10:57

FICHA DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

PROFESSIONAL



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 IMPOTÊNCIA 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

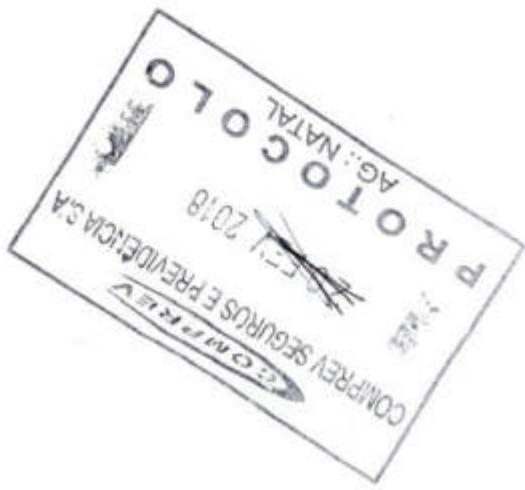
OBS.: SEM ACESSO AO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO SISTEMA.

**JOÃO FIRMINO DA SILVA NETO
CREMERN Nº 2.517**

João Firmino da Silva Neto
C.R.M. nº 2.517

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - RN N° 013252993073
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00579951073		2017
NOME			
BALBINO LUIS DE SOUZA NETO			

CPF / CNPJ	PLACA
702.201.034-02	OWB0377
PLACA ANT / UF	CHASSI
OWB0377 / RN	9C2ND1110DR022574

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PASSEIROS/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE ALCOOL-GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/XRE 300 2013 2013

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
0CV/291 CILINDRADAS PARTICULAR VERMELHA

L	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
P	R\$ 0,00	07/06/2017	1º PAGO
V	FAIXA IRVA.	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO
A	003503 3X	R\$ 66,94	3º PAGO

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

OBSERVAÇÕES
ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 01.149.953/0001-89
BV FINANCIRIA S.A CREO FINC E INVEST

MOTOR: ND11E1D022574

MOSSORÓ/RN DATA
04/09/2017

Sidnei Bezerra da Silva
Coronel do Registro de Veículos
CBM - RN

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN N° 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	CPF / CNPJ	DATA EMISSÃO
1	702.201.034-02	2017 04/09/2017
RENAVAM	MARCA / MODELO	PLACA
00579951073	HONDA/XRE 300	OWB0377
ANO FAB.	CAT. TARIF.	NR CHASSI
2013	9	9C2ND1110DR022574

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.508/0001-04

SEGURADORA LÍDER - P
CUSTO DO BILHETE (R\$)



PROTÓCOLO 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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA

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

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 01/12/2017

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:

Roseane maria de Souza

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira

Profissão: Autônoma

Identidade: 294-0425

CPF: 094.344.704-00

Endereço: Rua Francisco Pereira de Aguiar 104,
Bom Sucesso, Mossoró

Em favor do menor Emanuelle Paixão de Souza Silveira

PROCURADOR:

Nome: I. D. B. Souza da Silva

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro

Profissão: Autônomo

Identidade: 137-6660

CPF: 913.462.944-04

Endereço:

Rua Santa Izabel 2649, Santa Delmeia
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, Sinceres 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.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

20 FEVEREIRO

PROTOCOLO
AG.: NATAL

Mossoró/RN 19/12/2017
Local e data

* Roseane maria de Souza

Assinatura do Beneficiario/Vitima.
(reconhecer firma por autenticidade)

RECONHEÇO por autenticidade, a firma
de Roseane Maria de Souza



19 DEZ 2017

dou fi
de verdade
Mundos



RECONHEÇO por autenticidade, a firma
de Roseane Maria de Souza
Francisco José Maximiano-SUBSTITUTO
Luiz Rômulo Mendes Ferreira-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



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



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Carta n°: 12578459

A/C: 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

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%

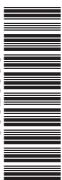
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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

701.059.394-60

Emanuelle Rainey de Souza Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Emanuelle Rainey de Souza Silva	701.059.394-60	Vereadora
Endereço	Número	Complemento
Rua Francisco Pereira de Almeida	344	Casa
Bairro	Estado	CEP
Santo Antônio	RE	59.628-823
Email	Telefone (DDD) (84) 9832-8771	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ NRO. _____

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO. _____ D/V _____ CONTA
NRO. _____ D/V _____
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

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

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro autorizo a Seguradora Lider 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

10/06/2018 de *Janeiro* de *2018*

Local e Data

Emanuelle Rainey de Souza
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 RAYANY DE MOURA SILVA

DEPOSITANTE:

O T

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1a Via - Via Cliente





DAMS - FALTA DO MÊS

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:

MOSSORÓ/RN

BR:

110

KM:

49.0

SENTIDO:

Crescente

DESCRITIVO 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 VIARIA:

Interseção de Vias

LOCALIDADE URBANIZADA:

Sim

EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:

Sim

EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:

Sim

IMAGEM PANORAMICA - SENTIDO CRESCENTE

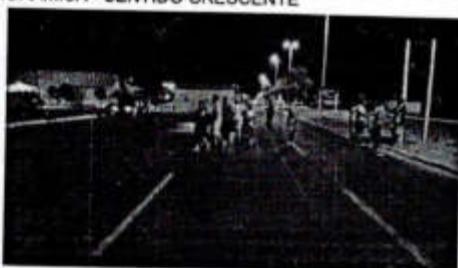


IMAGEM PANORAMICA - SENTIDO DECRESCENTE



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



PROTÓCOLO:
17092033B01

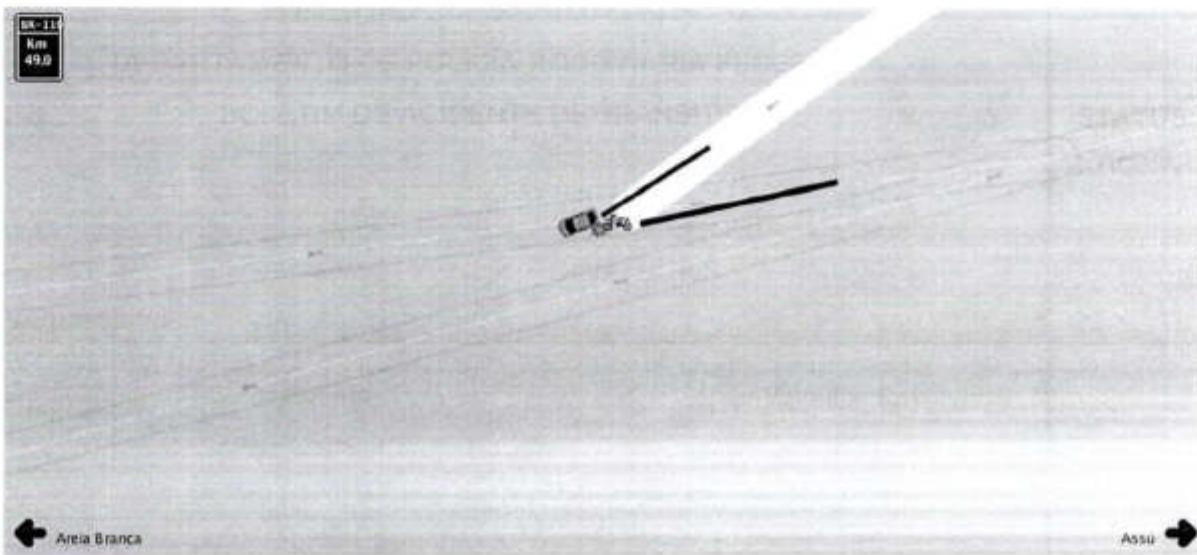
STATUS:
Encerrado

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.





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 VEÍCULO: Motocicleta		
CHASSI: 9C2ND1110DR022574	RENAVAM: 00579951073	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Segundo 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: MOSSORÓ/RN			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
Descrição e Informações Complementares:			





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



PROTÓCOLO:
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	

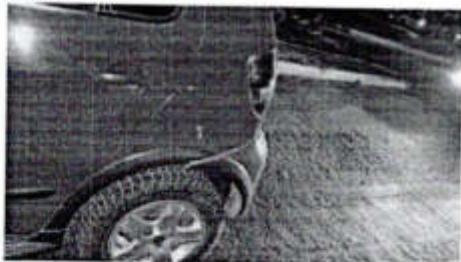
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

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: MOSSORÓ/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



PROTÓCOLO:
17092033B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / OWB0377 / HONDA/XRE 300	ENVOVIMENTO: Condutor
NOME: CIRO VINICIUS MEDEIROS DA SILVA	CPF: 110.092.884-74
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE
	MARIA ELZA MEDEIROS FELIPE SILVA

Dados de Endereço

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

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AD
MOTORISTA PROFISSIONAL:	Nº DO REGISTRO:	UF:
Não	06147922616	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 ETILOMÉTRICO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE: RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRÍÇÃO 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

Página 5 de 12



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	EN VOLVIMENTO: Passageiro
NOME: EMANUELE RAIANY DE MOURA SILVA	CPF: 701.031.394-60
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:
ESTADO CIVIL:	SEXO: Feminino
	NOME DA MÃE: ROSEANE MARIA DE MOURA

Dados de Endereço

LOGRADOURO: FRANCISCO PEREIRA DE AZEVEDO	NUMERO: 144
COMPLEMENTO:	BAIRRO: NOVA VIDA

MUNICÍPIO/UF:

MOSSORÓ/RN

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

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Graves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APlicável
USAVAL CAPACETE: Sim	USAVAL 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

NOME:

ILDETE MARIA ALVES COSTA

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ESTADO CIVIL:

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

RUA HENRIQUE LIMA

COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO/UF:

MOSSORÓ/RN

TELEFONE:

CPF:

654.094.344-04

ORGÃO EXPEDIDOR:

NOME DA MÃE:

ALZIRA MARIA DA CONCEICAO

ENVOLVIMENTO:

Condutor

DATA DE NASCIMENTO:

27/02/1959

SEXO:

Feminino

NUMERO:

1337

BAIRRO:

PLANALTO 13 DE MAIO

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO:

Habilitação Nacional

MOTORISTA PROFISSIONAL:

Não

DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO:

27/02/2013

PAÍS DA HABILITAÇÃO:

Nº DO REGISTRO

05718716686

CATEGORIA:

B

UF:

RN

VALIDADE DA CNH:

21/06/2022

OBSERVAÇÕES DA CNH:

A

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Illeso

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

Sim

USAVA CAPACETE:

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

NÃO APLICÁVEL

NÃO APLICÁVEL

TESTE DO ETILOMETRO FOI POSSÍVEL:

RESULTADO DO TESTE:

RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:

Não

Não

DESCRÍPCAO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

EQUIPE PRF EM DESLOCAMENTO ADMINISTRATIVO . NÃO PORTAVA ETILOMETRO 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

NÚMERO DO BAT:

17092033B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

M. ESCOSSIO/1636521

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: 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



PROTÓCOLO:
17092033B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / NSM1707 / VW/FOX 1.0 SUNRISE

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

M. ESCOSSIO/1636521

NUMERO 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



26 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/autentica

PROTÓCOLO
AG.: NATAL



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

Emanuelle Raimy de Souza Silva

CPF da Vítima

701.039.394-60

Data do Acidente

03.12.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Roseane Maria de Souza

CPF do Representante legal

004.342.701-00

Email

Telefone (DDD)

18419-9852-8771

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. **COMPREENDO**

CONREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

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.

20 FEVEREIRO DE 2018

PROTOCOLO
AG.: NATAL

Jessonilu, 26 de Janeiro de 2018

Local e Data

Emanuelle Raimy de Souza Silva e Roseane Maria de Souza
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.


Silvana do Monte Santiago

Matrícula 5868-2

Agente administrativo SAMU/Mossoró


Dr. **Dixon Fradik M. Lima**
Clínico Geral / Cardiologia
Médico 1999

Dixon Fradik Medeiros de Lima

Matrícula 405418-2

Diretor do SAMU/ Mossoró

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



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMZOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ROSEANE MARIA DE MOURA
CPF: 094.341.704-00 NIS: 20318182895

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO PEREIRA DE AZEVEDO 144

DOM JAIME CAMARA/AREA URBANA
59628-823 MOSSORÓ RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

16/02/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

129,23

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

07/02/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

07/02/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

001791258

Série: U

CONTA CONTRATO
007002257380Nº DO CLIENTE
3010234342Nº DA INSTALAÇÃO
0000537034

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

7BEF.F59D.DA67.038F.C04C.53C0.4E2F.EAF8

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18220746	5,46
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,31235564	21,86
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,46853346	56,22
Consumo Ativo superior a 220 kWh	47,00	0,52059274	24,46
Contribuição Iluminação Pública			10,14
ICMS-Parcela Subvencionada			6,16
Multa por atraso-NF 000351495 - 08/12/17			2,82
Juros por atraso-NF 000351495 - 08/12/17			1,12
Atualização IGPM-NF 000351495 - 08/12/17			0,99
TOTAL DA FATURA			129,23

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Dt Reav.	Valor
16/01/18	07/02/18	210,90

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,14263209	kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,24451288	349
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,36676880	291
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,48752300	276
		279

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	36,69	33,87
Transmissão	5,28	4,89
Distribuição (Cosern)	27,47	25,44
Encargos Setoriais	8,35	7,73
Tributos	23,45	21,71
TOTAL	108,00	100

HISTÓRICO DO CONSUMO

FEV	18	267
JAN	18	349
DEZ	17	291
NOV	17	276
OCT	17	279
SET	17	217
AGO	17	173
JUL	17	173
JUN	17	189
MAI	17	231
ABR	17	235
MAR	17	251
FEV	17	288

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000040117982	CAT	09/01/2018	30.536,00	07/02/2018	30.863,00	28	1.00000	0,00	267,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 10/03/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia	MOSSORÓ I	5,07	16,15	20,30	
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,00	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico		0,00	0,00	0,00	0,00
EUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 38,30		38,30			
Total Consumidor pode solicitar a apuração das indicações DIC, FIC, DMIC e DICRI em tempo real					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 34,56 . O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pedreiros de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão. Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO
007002257380MÊS/ANO
02/2018TOTAL A PAGAR(R\$)
129,23VENCIMENTO
16/02/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar este talão para o lado.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
		MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DIOCOL



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 221106 (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/BIBLIOTECAWEB/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**.

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

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

Pelo exposto, eu Ivanéz Mercodasilva inscrito (a) no CPF sob o Nº 243.362.944-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Emanuel Raimy de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 304.039.394-60, do sinistro de DPVAT cobertura Entaliloy da Vítima Emanuel Raimy de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 304.039.394-60, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios:
Recurso

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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			
<u>Francisco Pereira de Andrade</u>		Número <u>344</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>SANTA DELMIRA</u>	Cidade <u>MOSSORÓ</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59.628.823</u>
		Telefone comercial(DDD) <u>(84) 3.9852-8771</u>	Telefone celular (DDD) <u>(84) 9.9852-8771</u>

Mossoró/RN de Januário de 2018
Local e Data

Fábio Bosco da Silveira
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Dalino Bezerra de Souza Neto,
RG nº 29553390, data de expedição 13/04/2015
Órgão SSP/RN portador do CPF nº 302.264.034-02 com
domicílio na cidade de José Bonifácio, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Antônio Salino, nº 225,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Emanuelle Raimunda Leocádia Silveira cujo o condutor era
Enivaldo Júnior Medeiros da Silva

Veículo: Moto

Modelo: Honda/XRE 300

Ano: 2013

Placa: 06R20377

Chassi: 9E2UD1310DR022344

Data do Acidente: 09/12/2017

Local e Data: José Bonifácio/RN 13/12/2017

* Dalino Bezerra de Souza Neto
Assinatura do Declarante

* Enivaldo Júnior Medeiros da Silva.

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

RECONHEÇO por autenticidade, a firma
Dalino Bezerra de Souza Neto

Mossoró (RN) 1º DEZ 2017 dou fô
Em Testemunha

Ricardo Alves da Costa Fernandes-SUBSTITUTO
Francisco José Maximiano-SUBSTITUTO
Lucia Karly Mendes Fernandes-SUBSTITUTA



RECONHEÇO por autenticidade, a firma
Dalino Bezerra de Souza Neto

1º DEZ 2017 dou fô
da veiculação

Enivaldo Júnior Medeiros da Silva

Ricardo Alves da Costa Fernandes-TABELIÁ
Francisco José Maximiano-SUBSTITUTO
Lucia Karly Mendes Fernandes-SUBSTITUTA

