

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190132998 **Cidade:** Tangará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO E TRAUMATISMO CRANIANO GRAVE.

Descrição do exame físico: APRESENTA LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA FLEXÃO E EXTENSÃO DE PUNHO ESQUERDO, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DE PREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, USA CADEIRA DE RODAS PARA LOCOMOÇÃO, DEFICIT COGNITIVO, FORÇA MUSCULAR DE MMII GRAU 1, RESPOSTAS INCONGRUNTES.

Resultados terapêuticos: RESULTADOS LIMITADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO PUNHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/02/2019

Conduta mantida:

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			68,75 %	R\$ 9.281,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190132998 **Cidade:** Tangará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO E TRAUMATISMO CRANIANO GRAVE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PUNHO + CONSERVADOR DO TCE + ALTA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA FLEXÃO E EXTENSÃO DE PUNHO ESQUERDO, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DE PREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, USA CADEIRA DE RODAS PARA LOCOMOÇÃO, DEFICIT COGNITIVO, FORÇA MUSCULAR DE MMII GRAU 1, RESPOSTAS INCONGRUNTES.

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO PUNHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA EM 28/07/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190132998 **Cidade:** Tangará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL FRONTAL À ESQUERDA.
FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190132998 **Cidade:** Tangará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

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

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190132998

Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA

Data do Acidente: 28/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ERENILSON DA PENHA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO INACIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190132998

Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA

Data do Acidente: 28/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ERENILSON DA PENHA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190132998

Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA

Data do Acidente: 28/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ERENILSON DA PENHA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO INACIO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

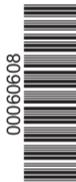
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: **637.738.214-68** CPF da vítima: **Francisco Inacio da Silva** Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CÍRCULAR SUSP N° 445/2012

Nome completo:

Francisco Inacio da Silva

Profissão: **ALOSENTADOR** Endereço: **51 PALMATORIA** Número: **3875** Complemento: **CASA**
Bairro: **20ms Pura** Cidade: **SCAR CRISTIANO VIEIRA** Estado: **PR** CEP: **59.245.000**
E-mail: **84.9.8845-4125 ou 84.9.8897-4772** Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR 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

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0906**

CONTA: **4336**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA: **0906**

CONTA: **4336**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e identificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, **SCAR CRISTIANO VIEIRA 04/02/2019**
Nome: **Lídia da Silva Antônio da Silva Inacio**
CPF: **34.446.924-30**
Assinatura: **Lídia da Silva Inacio**
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: **Marilucia Oliveira da Silva Penteado**
CPF: **035.202.984-65**

Assinatura: **Marilucia Oliveira da Silva Penteado**

2º | Nome: **Andréia Souza da Silva Penteado**
CPF: **009.469.394-08**

Assinatura: **Andréia Souza da Silva Penteado**



Estanislálio Kairane B. Marques
Escrivão de Peça

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Estanislálio Kairane B. Marques
Lucio

Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

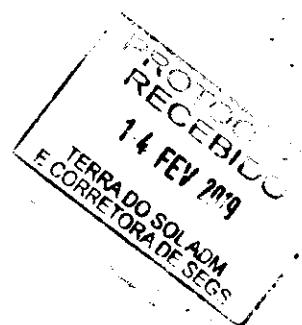
Em Testemunho da Verdade

Em Ascha

Tabelia Pública

Valido Somente com o uso de
autenticidade e fiscalização

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Erisama Marques Rocío
Escrivente Autorizada



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190132998
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Inacio da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Sit Palmatoria, 8975
Zona Rural Serra Caiada RN CEP: 59245-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 001284756
Data local do acidente: [28/07/2018]
Data local do exame: [26/02/2019] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO E TRAUMATISMO CRANIANO GRAVE.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE TCE E DE PUNHO ESQUERDO. TEVE COLEÇÃO SUBDURAL ESQUERDA.
Data da Alta: 12/12/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

APRESENTA LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA FLEXÃO E EXTENSÃO DE PUNHO ESQUERDO, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DE PREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, USA CADEIRA DE RODAS PARA LOCOMOÇÃO, DEFÍCIT COGNITIVO, FORÇA MUSCULAR DE MMII GRAU 1, RESPOSTAS INCONGRUNTES.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DANO NEUROLÓGICO E DE PUNHO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DA ADM.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Esquerdo

LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO

COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Urai de Oliveira

DR. URAI DE OLIVEIRA
ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
 Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
 Polícia Civil.
 Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE TANGARÁ
 Endereço: RUA MIGUEL BARBOSA, 154. CENTRO, TANGARÁ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2010092000090

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 28/07/2013 09:00:00

2.3 Fator: Consumido

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Urbano

2.8 Número: XX

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: CENTRO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FELIX DA SILVA INACIO

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Branca

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 12406308407

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: ESTUDANTE

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: X

3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: FRANCISCO INACIO DA SILVA

4.1.3 Nome Social:

4.1.5 Mãe: REGINA LOPEZ FERREIRA

4.1.7 Orientação Sexual:

4.1.9 Sexo: MASCULINO

4.1.11 CPF: 63773821468

4.1.13 Nacionalidade:

4.1.15 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

4.1.17 Número: X

4.1.19 Bairro:

4.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

1.2 Data de Expedição: 13/02/2019 11:41:03

1.4 Ligou CIOSP: Não

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RUA GEORGINO AVELINO, CENTRO, SERRA CAJADA/RN.

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: FRANCISCO INACIO DA SILVA

3.6 Mãe: LINDALVA ANGELA DA SILVA INACIO

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 19/08/2000

3.14 RG: 003620958 - Itep/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: MACAIBA RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA, SERRA CAJADA/RN.

3.24 CEP:

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: *****00055

7.1.5 Placa: MNB3814

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano no Modelo: 2004

7.1.11 Cor do veículo: VERDE

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: JALSON COSME DE OLIVEIRA

7.1.17 Nome do condutor: A VÍTIMA

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 00838172900

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ES

7.1.10 Ano de Fabricação: 2004

7.1.12 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE COMPARCEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE A VÍTIMA ESTAVA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA QUANDO COLIDIU NA TRASEIRA DE UM CAMINHÃO BAÚ QUE ESTAVA ESTACIONADO NA RUA GEORGINO AVELINO, NA CIDADE DE SERRA CAJADA/RN, QUE LOGO APÓS A COLISÃO O SAMU SOCORREU A VÍTIMA PARA O HOSPITAL DE SERRA CAJADA/RN, E LOGO EM SEGUIDA A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PELA PRÓPRIA SAMU PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL EM NATAL, QUE DO HOSPITAL WALFREDO GURGEL EM NATAL/RN, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE OCÉLIO MARQUES EM PARNAMIRIM/RN, ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, QUE HOJE EM DIA A VÍTIMA SE ENCONTRA PARAPLEGICO DEVIDO A CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE, NADA MAIS.

9.2 Informações da CIOSP

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

Data: 13/02/2019 11:41:03

Policial

Interessado

Polegar direito

PROTÓCOLO
RECEBIDO
14 FEV 2019
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGUROS

Atendimento: 1702483 - LUIS FERNANDO MENACHO DA SILVA

Impresso por: 1702483 - LUIS FERNANDO MENACHO DA SILVA em 13/02/2018 11:41:12

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA



AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica e qual confere como original.

13-FEV-2019

Mariza Helena de Oliveira Pereira
Notaria Pública

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Erisma Marques Ribeiro
Escrivente Autorizada

Verifico que a cópia é original
e que o original
foi assinado por
Mariza Helena de Oliveira Pereira



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

637.738.214-68

Nome completo da vítima:

Francisco Inacio da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CÍRCULAR SUSPENSO N° 445/2012

Nome completo:

Francisco Inacio da Silva

Profissão:

ALOSENTADO

Endereço:

SILVANTORIA

Bairro:

Dom. 2000

Cidade:

Santa Cruz dos Vales

Estado:

PR

E-mail:

84.98845-4125 ou 34.98897-4772

CEP:

637.738.214-68

Número:

3975

Complemento:

CASA

CEP:

50.245.000

Tel. (DDD):

34.98897-4772

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

0006

CONTA:

4336

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0006

CONTA:

4336

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, SANTA CRUZ PR 08/02/2019
Nome: Francisco Antônio da Silva Inacio
CPF: 637.738.214-68
NASCIMENTO: 34.446.824-30
Assinatura de quem assina A ROGO
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/BRN

Elisama Marques Rocca
Escritora Autorizada

Válida Somente com o setor de autenticidade e fiscalização

Monte Cruz (RN)

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Ismael de Souza
Lucena

~~04 FEV 2019~~

Em Testemunho da Verdade

Tabeliā Pública

Substituta
Estanislávia Kairina B. M. Santos
Escrevente





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários, que foi encontrada a ocorrência N° 76172/1 referente ao paciente **FRANCISCO INACIO DA SILVA** 50 anos, atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 R N, no dia 28/07/2018 em Serra Caiada/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 1 de novembro de 2018

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador de Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.210991-3



SAMU 192 RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
BARRO VERMELHO - NATAL/RN
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5321

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 76172/1

Data: 28/07/2018

CHAMADO

TARM: SAYONARA DE ARAÚJO FERREIRA MELO

Rádio Operador: ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: USB 69 (MACAÍBA)

Médico Regulação: CLÁUDIA MIREYA PAREDEZ

Médico Cena: TIAGO DO NASCIMENTO BARBOSA

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: FRANCINALDO MOURA SOUZA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE
EMERGÊNCIA
ARIDAUTO CABRAL GUERRA - ENFERMEIRO

REGULAÇÃO
MEDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

QUEDA DA
LIGAÇÃO

CONTATO COM EQUIPE
SAMU

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: SERRA CAIADA

Nome do Solicitante: DR DAURIR CRM 7547

Telefone: (84) 99645-5093

Nome do Paciente:

FRANCISCO INACIO DA SILVA

Idade: *

50 ANO(S) ▼

Sexo: *

MASCULINO ▼

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -6.1069581 Longitude: -35.7121569

Endereço: HOSPITAL DE SERRA CAIADA

Bairro:

Outro Bairro: CENTRO

Nº:

Referência/Complemento:

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

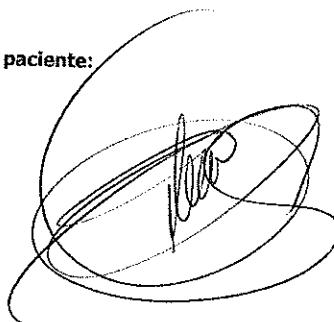
Observações Rádio Operador: USA69 BASE INFORMA PCTE AC DE DRA CARLA NO CLOVIS, PRANCHAS, TIRANTE E COCHIN NO POLITRAUMA.

Queixa Primária: TRAUMATISMO CRANIANO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:



Observação do Apoio:

CONDUTA

Remoção

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGÉ ▼

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Motivo da entrada:



Ass:

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.:

□ : 

Vaga Zero

PERTENÇES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

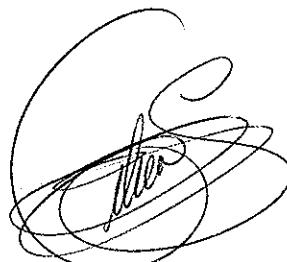
□ / □ / □ : □

ACIDENTE DE TRABALHO?

Sim Não

Sim Não

VIOLÊNCIA A VULNERÁVEIS?





Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memóz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.198/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

LINDALVA ANGELO DA SILVA INACIO

CPF: 034.446.974-30

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL
AGROPECUÁRIA RURAL

0182/5183	ÚNICA	18/01/2019
10/01/2019	3001004578	1324502

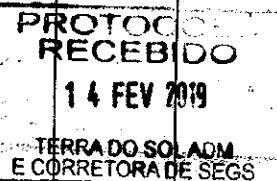
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI PALMATORIA 8975

ZONA RURAL/ÁREA RURAL
SERRA CAIADA RN
59245-000

Consumo Ativo (kWh)
Cobrança de ICMS sobre Subvenção CDE
Contrib. Ilum. Pública Municipal
Multa por atraso-NF 015305458 - 18/11/18
Juros por atraso-NF 015305458 - 18/11/18
Compensação Diária Anual 2018

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
130,0000000	0,42409274	56,13
		4,25
		8,66
		0,83
		0,88
		-3,55



TOTAL DA Fatura

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
4605029	0,42409274	79,60	18.836,00	30	1,000000		130,00

MÊS ANO	Nº	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔTO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
					Geração de Energia	Transmissão	Distribuição (Cosern)
JAN19	13				R\$ 19,71	35,75%	
DEZ18	127	ICMS	65,13	18,00	R\$ 2,68	5,22%	
		PIS	8,92		R\$ 13,88	24,78%	



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.429, de 26/04/02

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memória, 150, Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-260
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055189-0 | www.cosen.com.br

PROTÓC
RECEBIDO

14 FEV 2019

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGU

DADOS DO CLIENTE

JOSE ERENILSON DA PENHA

ENDERECO DA UNIDADE CONSORCIADA

RUA TENENTE FRANCISCO ALVES DA
FONSECA 139

CPF: 024 336 394-09

MARACAJA/ÁREA URBANA

SANTA CRUZ/RN

59200-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

DATA CONTRATO

062403825214 10/2018

DATA DE VENCIMENTO

05/11/2018 08/11/2018

DATA PRAZO DE PAGAMENTO

416,61

013370852 UNICA 06/10/2018

APRESENTAÇÃO: F009 CLIENTE: 0004 PESQUISA:

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954139

06/10/2018 307534233 1954

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE ETRICSON DA PENHA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 624.336.384-109, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Inacio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 637.738.211-68,

do sinistro de DPVAT cobertura INVAL'062 da Vítima Francisco Inacio da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 637-738-214-168, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

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.

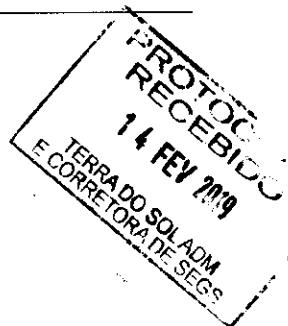
Endereço:	<u>Rua: Tenente Francisco Alves da Fonseca</u>	Número:	<u>739</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>maracanã</u>	Cidade:	<u>SANTOS</u>	Estado:	<u>SP</u>
E-mail:				CEP:	<u>13.200.000</u>

Local e Data:

Santos - SP 04/02/19

Assinatura do Declarante

JOSE ETRICSON DA PENHA



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Jaison Cosme de Oliveira

RG nº 3.274.023, data de expedição 23/02/2011

Órgão Step - RN portador do CPF nº 108.412.224-36

com domicílio na cidade de Serra Caçada, no Estado de RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Palmatória, nº 10

complemento esq, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Francisco Inácio da Silva, cujo o condutor era
Francisco Inácio da Silva

Veículo: Moto Honda Modelo: CG 150 titân Ano: 2004 / 2006

Placa: MNB-3814 Chassi: 9C2K008504R009855

Data do Acidente: 28/07/18

Local e Data:

Serra Caçada 07/02/2019

Assinatura do Declarante

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

 PROTÓTIPO UNICO DE SERRA CAÇADA RN	RECONHECIMENTO DE FIRMA Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de: <u>Jaison Cosme de Oliveira</u>
	, por ter sido apostado neste documento em minha presença Serra Caçada / RN <u>07/02/2019</u> Em fé e testemunho <u>Raysila Condino Oliveira</u> da verdade <u>Raysila Condino Oliveira</u> Raysila Condino Oliveira Testeira Substituta



PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA CAIADA
HOSPITAL E MATERNIDADE DONA TECA

Rua: Manoel Xavier Bezerra, 51 - Centro- Serra Caiada/RN - Tel.: 84 3293-0200.

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 20

Nome: François inacio da Silveira Profissão: _____
Data de Nascimento: 12/05/1928 Idade: 50 Anos Sexo: Masculino Feminino
Cor: branca Escolaridade: _____ Tel.: _____
Naturalidade: 5. Olai de Buzio Estado Civil: _____ Identidade: 001 28475
Cartão SUS: _____
Filiação (Mãe ou Pai): Rigua, Ilop e Firmino
ENDERECO: 66000 Palmeira Nº _____
Bairro: Serra Caiada Complemento: _____ CEP: _____
Cidade: Serra Caiada Data: 28/07/18 Hora: 09:53

APRESENTAÇÃO DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PRESSÃO ARTERIAL 100/60 PESO _____ TEMP _____ HGT _____ FC 79 SPO2 89

HISTÓRICO ATUAL: Hipertensão () Diarreia () Emese () Artralgia () Dor generalizada () Edema () Prurido ()
Dispneia () Dor retrorbitaria () Linfoadenomegalia () Exantema ()

Outros _____

TZ e cana.

PROCEDIMENTO PA: 100 x 60 SPO2: _____

Abertura oral 1, paroxito verbal 2, resposta motora 3.

Recomendo Dr. CECILIO.

LIBERAÇÃO DO PACIENTE:

Dr. Paulo Faria
Clínico Geral
CRM 7547

PROTÓCOLO
RECEBIDO
14 FEVEREIRO 2019
TERCEIRO SOLO ADM
ECORRETORADA DE SEGS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA CAIADA
HOSPITAL E MATERNIDADE DONA TECA

Rua: Manoel Xavier Bezerra, 51 - Centro- Serra Caiada/RN - Tel.: 84 3293-0200.

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 20

Nome: Fromoso: ingau da Billo Profissão: _____
Data de Nascimento: 12/05/108 Idade: 50 Anos Sexo: Masculino Feminino
Cor: Marrom Escolaridade: _____ Tel.: _____
Naturalidade: S. Bento do Una Estado Civil: _____ Identidade: 001 28475
Cartão SUS: _____
Filiação (Mãe ou Pai): Riguo, Aloisio Ferreira
ENDERECO: Bairro Palmeira Nº _____
Bairro: Serra Caiada Complemento: _____ CEP: _____
Cidade: Serra Caiada Data: 28/07/18 Hora: 09:53

APRESENTAÇÃO DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PRESSÃO ARTERIAL 100/60 X PESO _____ TEMP _____ HGT _____ FC 79 SPO2 89

HISTÓRICO ATUAL: Hipertensão () Diarreia () Emese () Artralgia () Dor generalizada () Edema () Prurido ()
Dispneia () Dor retrorbitaria () Linfonodomegalia () Exantema ()

Outros _____

T76 unne.

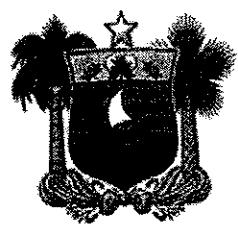
PROCEDIMENTO PA: 300 x 60 SpO2

Maintém oculi 1, Respiração verbal 2, Autopele motor 3.

Recomendo Dr. COELHO.

Dr. COELHO

LIBERAÇÃO DO PACIENTE:



Admissão: 08/08/2018 17:58:35

NEUROCIRURGIA - AMARELO

Paciente: 85502 - FRANCISCO INACIO DA SILVA (50 a 2 m 27 d)

Nascimento: 12/05/1968 Natural: SENADOR ELOI DE SOUZA BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708105811956710

CPF:

Prof:

Mãe: REGINA LOPES FERREIRA

Pai:

Logradouro: PALMATORIA, 1

Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO

CEP: 59245000

Bairro: SERRA CAIADA

Compl:

Telefone: 84.987279153

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

Fluxograma:

Empaixado

Discriminador:

Classificação: 08/08/2018 17:46:52

OBS:

HORA	P.A.	HGT	SatO2 N°	PO2 ME	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: PACIENTE VINDO DO DEOCLECIOS PARA AVALIAÇÃO DA NC QUEIXANDO-SE DE
DESORIENTAÇÃO

Hora: ____:

Senhor SOA, paciente internado no hospital pelo seu
dono PEE/MOTO em 28/07/18. Recebeu tratamento conservador pelo
NCA e esteve no desabrocho para clínico oftálmico no MSE, porém entrou
com Afec! Nodulo no olho direito e hérnia óptica da bexiga
subdural frontal (E)

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	
B	10.08.18 10.51
C	Vanda / Thyago
D	Brônio
E	Monica

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

No momento, eupnico e Afec!

Afec! Alerta / pupilas no / fotonegativo /

Exames:	
Técnicas:	
Datas:	08/08/2018

TOMOGRAFIA/ALIMENTAÇÃO

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

PEE

*Gerado via SX por GLAUBER STEVEN RAMOS DE MEDEIROS. Impresso em 08 de Agosto de 2018.

Ed: Internope Hospitalar (Solicita exames laboratoriais, exames de imagem, exames de função renal e exames de função hepática)

AVISOS:
- Exames de função renal e hepática
- Exames de função renal e hepática

PEE

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 18/09/18
MAT. N°

SAME

ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Internação

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

N/G

DATA: 03 / 08 / 18

HORA: 18:30L

SAÍDA:

Decisão Médica Á Revelia

Transferido para:

DATA: / /

HORA: / /

ÓBITO:

Entregue à família

DATA: / /

HORA:

I.T.E.P. com Atestado S.V.O.

Médico (Carimbo)

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA: / /

SAÍDA:

Decisão Médica Á Revelia

Transferido para:

DATA: / / HORA: / /

ÓBITO:

Entregue à família

DATA: / /

HORA:

I.T.E.P. com Atestado S.V.O.

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

Nome: Francisco Júlio da Silva Idade: _____ Nº Reg.: _____
 Serviço: _____ Enf.: _____ Leito: _____

EVOLUÇÃO

DATA	TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO MÉDICO QUE A FEZ
08/03/13	Seleção de avaliação pela neurocirurgia (contato prévio com Dr. Sérgio Dantas)
	Paciente, 50 anos, vítima de colisão moto - caminhão em 28/07, com trauma em face e fratura de perna (E). Foi atendido no HUG - realizou TC e foi encaminhado para este hospital para Ortopedia dia 01/08. No dia 02/08 evoluiu com PNC e déficit motor à direita, realizou TC de crânio sem alterações evidentes. Repetiu TC em 06/08 que interroga hematomas subdurais?
	CONFERE COM ORIGEM NATAL, 18/10/2012 MAT. N° 103109102
	<p>ASSINATURA</p> <p>Comorbilidades: SAME - Distúrbio psiquiátrico - uso de cachaça, xarope, neozinse, gandenal, triptilidina, clorazepam (após AVC em 2011) - DM - HAS - AVC prévio em 2011</p> <p>No momento - ECG B3 ACV: ROR FC: 52 PA: 136x70 FR: 14 FiO2: 100% (ar ambiente)</p> <p>OBS: Acesso lento ao TC.</p> <p>Orata, JES Letícia Sales Matos Médica RM/RN 5303</p>

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	12 - CNES		
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE	6 - N.º DO PROTOCOLO		
6 - NOME DO PACIENTE	6 - N.º DO PROTOCOLO		
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO		
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º)			
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	Quade de Moro e ond. pele de galho (18) evoluta com febre. Alerte. Reps. OR. Olhos + Pupilas +		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	Recomb = oligo Subdural hontel (2) Com (Hipotone? Hidro?)		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
Oligo Subdural.	506.8		

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
030304008-4	NEU	CONFIRME CONFERIR ORIGINAL	NATAL, 10/09/18 MAT. N.º 109118 NAME
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	30 - CNP / CPF SAME		
trecho de lombotórax do oligo Subdural.	31 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N.º DO BILHETE	35 - BONUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRICAÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
41 - CID PRINCIPAL		43 - ()	44 - () GRAVE
42 - CID SECUNDÁRIO		44 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
57 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
58 - CNP / CPF	52	
59 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)	



Nome: Francisco Inácio da Silva

Leito: Bombeiro 17

Idade: 50 anos

Nº Registro: 85502

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 08/08/18

Hora: 19:45

HNCR - ADMISSION #

PACIENTE VITIMAS DE COLISÃO MOTO X CARRINHO. FICOU 11 DIAS
REVOLVIA COM RNC + DEFICIT MOTOR A (1). TCE DE CERVO EVIDENCIOU COLEÍCIA
SUBDURA E ESGUERIA. SÍNDROME DE LIMA LIMA. NO MOLHO FERONH-57 CONVULSO,
DESCONSCIENTE NO TÍRIO/ESGUERIA. TRÊS AVALIAÇÕES DE AVC. EM 2011, SEM SEGUIMENTO.
PATO (1), DUR (1), DISTURBIO PSICOGÊNICO (ACOMPAHANHADO NO SÍNTESE MUSICAL)

MEDICAMENTOS: CARBAMAZEPINA, NEOPROTE, FENOTIAZINA, PRISTOTIDOL, ACETATO DE
3x 1x 1x 2x 2x

GLIBENCLAMIDE 12,5 mg; METFORMIN 850 mg 3x

NO EXO 1 SOCORRO, PRIM (1), CONSCIENTE, DISSEMINADA, GLICO: 4 + 4 + 6 = 14, S/ DIURINA
FOCAL. NUC LUM, MUITO PRONUNCIADA.

COLS: (1) SOLUÇÃO FERRO 1000 mg/500 ml.
(2) FATO INJETÁVEL

+ DN JAO 1670

Fabio Barros
MR - Neurocirurgia
CRM - RN 9484
CNES: 708202696108592

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 18/10/18
MAT. N°
SAMM
ASSINATURA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Nome:

Serviço:

Joaquim Góes

Nº Registro:

NCR 1117

Idade:

Leito:

RESUMO DA EVOLUÇÃO

09/08/2018 TCE HSO é E sem DMS
Assalto de AVC.
Paciente portador de diabetes
angiotensin; of las forne de TCE
nao 15 de, ECG 13 (0.3, 14, 16)
pulmão mantém função neurologia
normal, consciência; si defesa
intelecto; si orientado

D. Henrique
Lima
Neurologista

12/08/18 NUR TCE HSO aman.

- Sonolento. Insônia era norte
- Desperta os chamados
- Sem déficits.
- ~~Até~~ As 2º Arden

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL 18/09/18

MAT. N.

S
Guilherme Lira
5674

13/08/18

Neurologia

5º NIH: AVC; prévio em ~~ASSINATURA~~

Distúrbios psicofisiológicos

TCE prévio por PAF

Sintomas de cibiotonia prévio à quando
Hoje no hemisfério frontal (E) sem efeitos de mense

Enfase em ponta direita (E)

Paciente evolui estável, sem intercorrências

Vertigens

Sedento

Movimento os membros

Confuso

Exames lab OK

Conclusão: São conduta Neurosintética, no momento
As 3º-ordem

14/08/18 Paciente mantém estabilidade neurológica
oral, verbal, respiratória, consciência, desorientado
mobilidade 3/4, reflexos patológicos
Nº 7º Enfermeira

Ramon B. Souza
Neurocirurgia
Neurologia
Neuroreabilitação
Neurofisiologia

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW

Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, siga não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, onde está, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas [Fala alienígena, mas vem com conversacionel.]	3
Sons ininteligíveis. (Demando a um alienígena palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Reação inespecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticção).	3
Padrão extensor à dor (Decerebração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4 9-12 = 3 6-8 = 2 4-5 = 1 3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-29 = 4 >29 = 3 8-9 = 2 1-7 = 1 <1 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4 76-90 = 3 50-70 = 2 1-49 = 1 0 = 0

*Escala de Trauma Revisada (RTS): Bem Indica de sobrevida para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.L. Copos, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5): 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - 06=grave (necessidade de intubação imediata);
09-12=moderado;
14-15=leve

*Referência: TEASDALE G., JENNETT, B., A prognostic index of coma and Impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que devem ter idades superiores a 3 anos. Na Escala Qualitativa, solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor, de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderado	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

(HWC)

Mac - Região: Jardim Seneca
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

Nome:

Idade: 12/05/1968 COR:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

NATURALIDADE:

PROFISSÃO:

DE PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

DATA:

01/08/2018

HORA:

1120HS.

CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM

REGULAR

COM DISPNEIA

CHOCADO

COMATOSO

C/ HEMORRAGIA

EM CONVULSÃO

POLITRAUMATIZADO

AGITADO

OUTROS

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM

NÃO

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

096921-4
CONFERE COM ORIGINAL
Med. Faltosa

S. SERVIDOR

TEMP. S. PULSO

Admissão: 28/07/2018 14:16:17

FATURADO

Imovel

EM 22/07/18

CIRURGIA GERAL - VERMELHO

Paciente: 85502 - FRANCISCO INACIO DA SILVA (50 a 2 m 16 d)

Nascimento: 12/05/1968 Natural: SENADOR ELOI DE SOUZA, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708105811956710

CPF:

Prof.

Mãe: REGINA LOPES FERREIRA

Pai:

Logradouro: PALMATORIA, 1

Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO

CEP: 59245000

Bairro: SERRA CAIADA

Compl:

Telefone: 84.987279153

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 28/07/2018 14:12:45

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE COLISÃO CARRO/MOTO.

Hora:

Raiando num com queixa, digo num diajão p/ob SAMU e
históri de ter sido vítima de acidente de mob (é comum) (ele era
mob), deu de rebacanço for m'bado no m'ndade b'rio.
Mob: florido

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A. Vias aéreas c/ TOT e en VM

B. MVO sem lesões TIA.

C. Dors p/ob.

D. Glasgow 9T.

E. Mestas mi-ábico dist.

TOMOGRAFIA/HMWG

Data: 28/07/18 hora:

Técnico:

Exame: Tomografia/Thorax

Médico:

Abel Soá

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Salda: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Tur. ague + Pol. laringe

Gerado via SX por FRANCISCA LUCIA MACIEL. Impresso em 28 de Julho de 2018.

096921-4
CONFIRA COM ORIGINAL

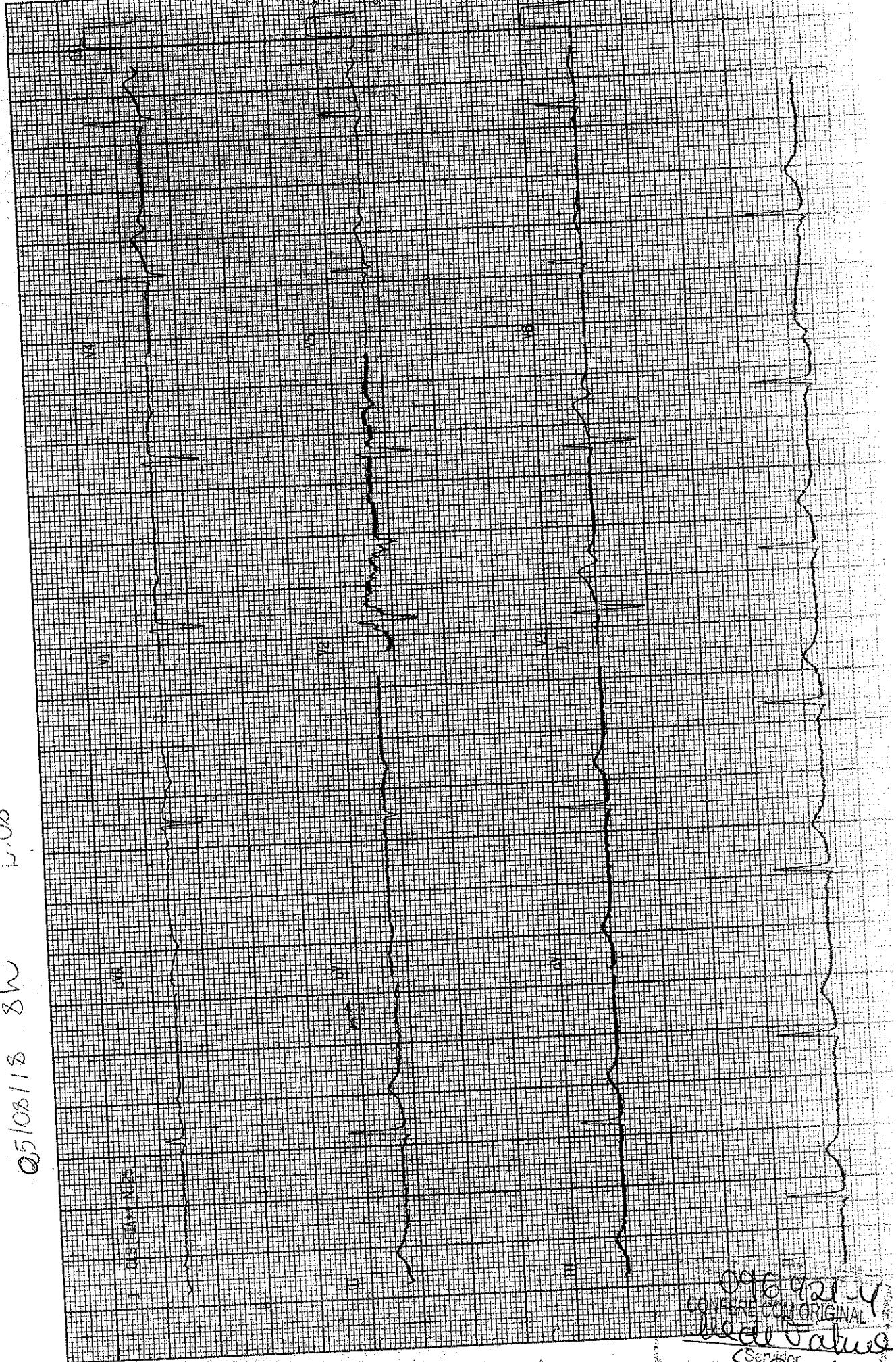
28 de Setembro

6. Baladas

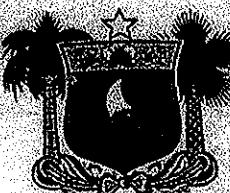
Servidor

Die inacu do Siva

05/08/18 8h L.08



09692-4
CONFESSIONAL
Lead value
Senior
Barlow



Paciente: FRANCISCO INACIO DA SILVA
Data: 06/08/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica de exame:

Exame realizado em equipamento tomográfico *multislice*, com aquisição axial isotrópica e reformatações nos planos sagital e coronal, sem a injeção endovenosa de contraste iódado.

Os seguintes aspectos foram observados:

Craniotomia têmporo-parietal esquerda.

Imagem hipodensa côncavo-convexa, subdural, localizada nas regiões frontal e parietal esquerdas (hematoma subdural? higroma?).
A critério clínico prosseguir investigação/realizar seguimento.

Imagens com densidade metálica, promovendo artefatos de endurecimento do feixe de raios-x, prejudicando o estudo das estruturas locoregionais, localizadas nos lobos temporal e parietal esquerdos. Correlacionar clínicamente

Área hipodensa localizada da substância branca profunda do lobo parietal esquerdo, podendo estar relacionada ao procedimento cirúrgico/lesão traumática.

Sistema ventricular de tópografia, morfologia e dimensões normais.

Aspecto anatômico das cisternas da base.

Não há evidência de processo expansivo intracraniano.

Achado adicional:

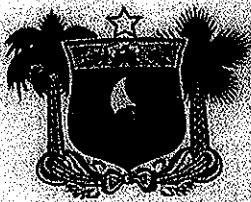
- Conteúdo heterogêneo, hipodeno/hiperdeno, localizado no interior dos seios maxilares, podendo estar relacionado a hemossinus.

Odilon Otávio

Laudado Por:

Odilon Otávio Guimarães Neto
CRM-RN 101 / RADIOLOGISTA

096921-4
CONFERE COM ORIGINAL
do Exame
S. Barlow



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLECIOS MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA



Paciente: FRANCISCO INACIO DA SILVA
Data: 06/08/2018

Fraturas nos seios maxilares e zigomático direito.

Laudo gerado no dia: 06/08/2018 21:13. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <https://valider.wbsrad.com.br/> e utilize a data/hora e chave: awnHEUuF para acesso.

Laudado Por:
Odilon Óton Guimaraes Neto
CRM-RN 5008 / RADIOLOGISTA

096921-4
CONFERE COM ORIGINAL
Isa de Souza
Servidor
S. Barros



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA ORTOPEDIA	REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL		
ENFERMARIA N° LEITO	PRONTUÁRIO 161800		
DATA 01/08/2018	HORA 11:56	CATEGORIA	GIH
PACIENTE FRANCISCO INACIO DA SILVA	DATA DE NASCIMENTO 12/05/1968		
ESTADO CIVIL CASADO	PROFISSAO AGRICULTOR		
ENDERECO (RUA, N°) SITIO PALMATORIA, 8975	BAIRRO ZONA RURAL	UF RN	CEP 59245-000
MUNICÍPIO SERRA CAIADA	TELEFONE		
LOCAL DE TRABALHO			
FILIAÇÃO REGINA LOPES FERREIRA	JOSE INACIO DA SILVA	TELEFONE 98871-8757	
RESPONSÁVEL FLAVIO DA SILVA INACIO (FILHO)			
ENDERECO			
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO	<i>Fratura do punho</i>		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			
DATA DE ADMISSÃO	ALTA	OBITO	
HISTÓRIA CLÍNICA			
<i>Dr. Estevam M. Dantas CRM 942 Ortopedia Traumatologia</i>			

096921-
CONFERE COM ORIGINAL
le de Fátima
S. Carlos



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

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Francisco Inácio de Sá

6 - N.º DO PROTOCOLO

7 - CARTÃO NACIONAL / SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASCULINO

FEMININO

2

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º)

13 - MUNICÍPIO

14 - BAIRRO

15 - UF

16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Quido da Mora e ree pele de jullo (18)
evoluia com febre - Alita - Pupilas D.R.

Clarice + Priscila

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

Alcool = bolico Subdural frontal () Cerebro (Hipoxia? HSC?)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Alcool Subdural

21 - CID INICIAL

506.8

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - LAUDOS ASSOCIADOS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

030304008-4

25 - LEITO / CLÍNICA

NEN

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CONFERE

ORIGINAL

NATAL, 10/09/18

MMAN

MAT. N.º

28 - N.º DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29 - D.F. SOLICITAÇÃO

01/09/18

30 - CNS / CPF

SAME

31 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)

ASSINATURA

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

trepano Craniectomia bolico Subdural

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - N.º DO BILHETE

35 - BÔNUS

36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ

38 -

40 -

39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO

41 - CID PRINCIPAL

42 - CID SECUNDÁRIO

43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO

50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE

54 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO

AVALIAÇÃO

HOSPITALAR (AIH)

47 - DT AUTORIZ.

51 - DT AUTORIZ.

48 - CNS / CPF

52

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)

53 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)



Nome: Francisco Inácio da Silva

Leito: Jovem 17

Idade: 50 anos

Nº Registro: 85502

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 08/08/13

Hora: 19:45

HNC- ADMISSÃO #

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRINHO. TAC = 11 DIAS
REVOLVU COM RDC + DEFICIT MOTOR A (1). TAC DE CERVO EVIDENCIOU COLESCIA
SISTEMA ESGUEROLÍTICO DE LIMA LIMA. NO MOLHO FALCIFORME CLOPUSO,
DESPRECINDO NO TACO/ESGUEROLÍTICO. TAC DE CERVO DE AVCI EM 2011, SEM SEGUIMENTO.
PATO (1), DUC (2), DISTURBIO PSICOSOCIAL (ACOMPAHANHADO NO SISTEMA)

MEDICAMENTOS: CARAZAEPINA, NEOPIN, FENOTIAZINA, PASTORIDOL, CLOZAPINA,
3x 1x 1x 2x 2x

GLIBENCLAMIDA 12/24; METFORMINA 850mg 3x

AO TACO 1500000, PAIN, CONSCIENTE, DIRESTO, BLESSES 4+4+6=14, S/ DRC
FOCAL - NUL LUM, MUITO FRAGIL

COD: (1) SOLICITO TACO NEUROLOGICO

(2) TACO HOSPITAL

+ DR JAO BRITO

Fábio Barros
MR - Neurocirurgia
CRM - RN 0484
CNES: 708202696108592

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 18/10/13
MAT. N°
SAMM
ASSINATURA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Nome:

Serviço:

Jeronimo Gurgel
NCR 1117

Nº Registro:

Idade:

Leito:

EVOLUÇÃO

09/08/2018 TCE HSO é E sem DNs
Paralisação de AVC.
Paralise parapares de densidade
moderada; cf. suspeita de TCE
data 15/07 ECG 13 (0.9, 14, 16)
suspeita de infarto cerebral isquêmico
desp. corporal; sf. algodão
máscara; cf. alterações

D. Herbert
Lima
Médico de Plantão

12/08/18 NVR TCE HSO perman.

- Sonolento. Insônia era norte
- Desperta os chorados.
- Sem defec.
- At. do 2º Arter.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 18/09/18
MAT. N.

S
Guilherme Lira
5624

13/08/18

SAME
Neurologia

5º NIH; AVC; prévio em 19/07
Assinatura
Distúrbio psicofísico

TCE prévio por PAF

Sintos de cibiotonia, prévio à queda
Hippocrate laminer frontal (E) sem efeitos de mense

Fratura em ponte das (E)

Paciente evolui estável, sem intercorrências

Vertigem

Sorente

Movimento os membros

Exames lab OK

Confuso

Conclui: São conduta Neurociúrgica, no momento
ao 2º andar

14/08/18 Recorrente manter este la neurocirúrgico
cor, veredolja, respiração com frequência alterada
máscara de 4 frequência alterada
At. 2º andar

Ramón B. Gurgel
Neurocirurgia
Heriberto Chaves Lobo
Neurocirurgia

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW

Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Órientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, (deve endereçá-lo a si, a pessoas e a si mesmo)	6
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	5
Palavras inapropriadas (Fala platôrica, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Demando som articulado palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor (Descricção).	3
Padrão extensor à dor (Descricção).	2
Sons reflexos malos.	1
Total	

“ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13 - 150 = 4 8 - 120 = 3 6 - 80 = 2 4 - 50 = 1 30 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10 - 200 = 4 >200 = 3 8 - 90 = 2 1 - 50 = 1 < 50 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	> 800 = 4 76-890 = 3 50-570 = 2 1-490 = 1 00 = 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

03 - 08=grave (necessidade de intubação imediata);
09-3w moderado;
14-15 leve

*Referência: TEASDALE G, JENNET B. Assessing of coma and Impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

**A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com teste superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

“Escala de Trauma Revisada (RTS): Bons Indices de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado do Champion H.R. Sacco W.L. Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5):624, 1989.

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Marmoz, 150, Balneário, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-200
CNPJ: 10.324.196/0001-83 | Fone: (83) 3065-1999 | www.cesarn.com.br

DADOS DO CLIENTE

LINDALVA ANGELO DA SILVA INACK

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

31 PAGINATORIA 8375

CPE 034 446 974 30

CE 4500 UNIT 6

B2 RURAL AGROPECUARIA RURAL

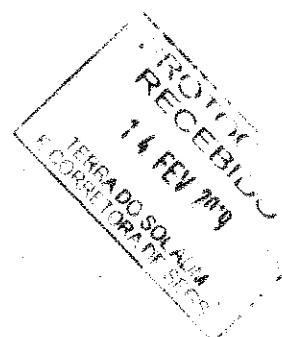
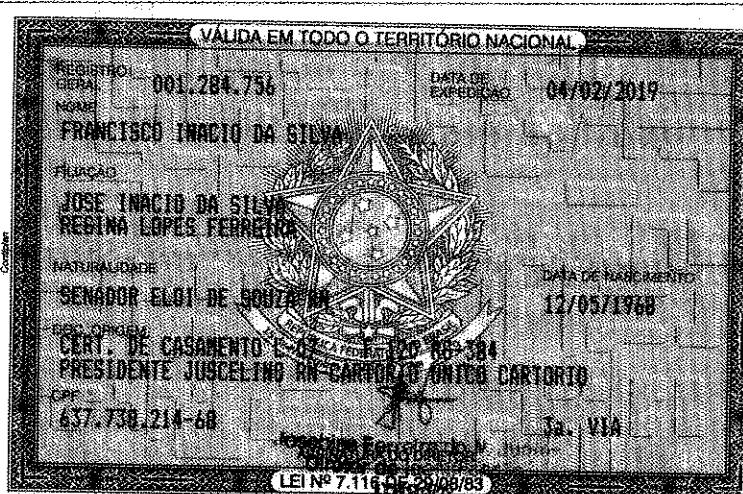
818276183 (PCA) 16/01/2019

Conselho de Alvor (KA) 016306456 - 18/11/18
Cobrança de ICMS sobre Subvenções CDE
Centro, Iur, Públ, e Municipal
Multas por atraso no ICMS 016306456 - 18/11/18
Multas por atraso no ICMS 016306456 - 18/11/18
Cobrança de ICMS Anual 2018

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	130.00000000	0,43409274	56,13
Correção de ICMS sobre Subvenção CDE			4,25
Contas Bens Pública Municipal			6,58
Multa por atraso NF 016305458 - 18/11/18			0,93
Juros por atraso NF 016305458 - 18/11/18			0,88
Compensação DDC Anual 2018			3,55

RESUMO DE CONSUMO DE ENERGIA							PERÍODO: 15/01/2012 - 16/01/2012		TOTAL	
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)	
608623			1.90	16-01-2012	19.886,00	30	1.00000		130,90	

PERÍODO	CÓDIGO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
					Geração de Energia	Transmissão	Distribuição (Cobrança)
JAN18 141	ICMS	66,13	18,00	R\$ 11,89	R\$ 10,71	R\$ 2,88	R\$ 2,30
DEZ18 120	PIS				R\$ 12,66	R\$ 0,00	R\$ 0,00





RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DA DEFESA SOCIAL

FE PÚBLICA: (Art. 18, Inciso II, da Constituição da República Federativa do Brasil)

POLÍCIA MILITAR
13.103 - 26.07.1999
REGISTRO IP - DATA DA INCORPOERAÇÃO

POSTO/GRAD: CB QPMR-0
99.353 **CPF:** 024.336.394-09 **MATRÍCULA:** 162.734-1

José Erenilson da Penha
ASSINATURA DO IDENTIFICADO

TELEFONE	CRM POS	André Xavier da Penha
ALTURA	FISSÃO	
1,74 m	Rosa Pereira da Penha	
PIB / PASEP	DATA NASC	ED
19011684276	08/10/1975	V-4444
CUTIS	CABELOS	V-4444
Branca	Cast Cl Ond	Ond
NATURAL DE	CI	
Santa Cruz/RN		
LOCAIS E DATA DE EMISSÃO		
Natal/RN, 30 de dezembro de 2015.		
<small>O TITULAR TEM PROIBIÇÃO DE ACESSO EM LOCAIS PÚBLICOS E PRIVADOS, SUJEITOS A FISCALIZAÇÃO POLICIAL CONFORME PREVISTO NO ART. 1º, DA LEI ESTADUAL DE DEFESA DA CIDADANIA N.º 2024, DE 2004.</small>		
<small>ESTAMPA FOTO DE IDENTIFICAÇÃO MUNICIPAL - CAP-QPM CARTÃO DE SERVIÇO DE IDENTIFICAÇÃO DA PMRN</small>		



Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Menino, 150, Bessa, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59035-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055169-0 | www.proconrn.com.br

DETALHES DO CLIENTE
JOSE ERENILSON DA PENHA

DETALHES DA FONTE DE ENERGIA
RUA TENENTE FRANCISCO ALVES DA FONSECA 193

CPF: 024.336.394-09

MARACAJAÍ-AREA URBANA
SANTA CRUZ/RN
59200-000

DETALHES DA FONTE DE ENERGIA

B1- RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

COTA CONTRATO: 0850885214 **SEGUNDO:** 10/2018
DATA DE VENCIMENTO: 05/11/2018 **DATA PRAZO PAGAR FALTA:** 08/11/2018
TOTAL A PAGAR (R\$): 416,61

Nº DA NOTA FISCAL: 013370952 **PERÍODO:** 08/10/2018
APRESENTAÇÃO: N° DO CLIENTE: 024.336.394-09 **Nº DA INSTALAÇÃO:** 1354139
08/10/2018 024.336.394-09 1354139

CONSUMO (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	444.0000000	0,71010180	315,38
Acréscimo Bandeira Vt (R\$)EL-16			32,78
Contrib. Iur. Pública Municipal			46,00
Multa por atraso-NF 30/02/2018 - 08/07/18			5,63
Multa por atraso-NF 01/04/1852 - 07/08/18			5,66
Juros por atraso-NF 01/04/1852 - 07/08/18			2,48
Juros por atraso-NF 01/02/2018 - 08/07/18			3,88
Atualização ICPM-NF 01/04/1852 - 07/08/18			1,83
Atualização ICPM-NF 01/02/2018 - 08/07/18			2,27
Doação APAE - 3204-2566			2,00
TOTAL DA FATURA: 416,61			

TOTAL DA FATURA: 416,61

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
1182307	ELAT	06/08/2018	41.641,00	05/10/2018	4/08/18	1.02000	444.000

Consumo de energia		Composição do consumo	
OUT/18	444	BASE DE CÁLCULO	75
SET/18	353	VALOR DO BÁSICO	83,37
AGO/18	365	VALOR DO BÁSICO	83,37
SET/18	347	VALOR DO BÁSICO	83,37
JUN/18	392	VALOR DO BÁSICO	83,37
JUL/18	388	VALOR DO BÁSICO	83,37
AGO/18	357	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/18	457	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/18	459	VALOR DO BÁSICO	83,37
FEV/18	466	VALOR DO BÁSICO	83,37
JAN/18	501	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	447	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	458	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	459	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	466	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	467	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	468	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	469	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	470	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	471	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	472	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	473	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	474	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	475	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	476	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	477	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	478	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	479	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	480	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	481	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	482	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	483	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	484	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	485	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	486	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	487	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	488	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	489	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	490	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	491	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	492	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	493	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	494	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	495	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	496	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	497	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	498	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	499	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	500	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	501	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	502	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	503	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	504	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	505	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	506	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	507	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	508	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	509	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	510	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	511	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	512	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	513	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	514	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	515	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	516	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	517	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	518	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	519	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	520	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	521	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	522	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	523	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	524	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	525	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	526	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	527	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	528	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	529	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	530	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	531	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	532	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	533	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	534	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	535	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	536	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	537	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	538	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	539	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	540	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	541	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	542	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	543	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	544	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	545	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	546	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	547	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	548	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	549	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	550	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	551	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	552	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	553	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	554	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	555	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	556	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	557	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	558	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	559	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	560	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	561	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	562	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	563	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	564	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	565	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	566	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	567	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	568	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	569	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	570	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	571	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	572	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	573	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	574	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	575	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	576	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	577	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	578	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	579	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	580	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	581	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	582	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	583	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	584	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	585	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	586	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	587	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	588	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	589	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	590	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	591	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	592	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	593	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	594	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	595	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	596	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	597	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	598	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	599	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	600	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	601	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	602	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	603	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	604	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	605	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	606	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	607	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	608	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	609	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	610	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	611	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	612	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	613	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	614	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	615	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	616	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	617	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	618	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	619	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	620	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	621	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	622	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	623	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	624	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	625	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	626	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	627	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	628	VALOR DO BÁSICO	83,37
MAR/19	629	VALOR DO BÁSICO	83,37
ABR/19	630	VALOR DO BÁSICO	

DADOS DO CLIENTE

LINDALVA ANGELA DA SILVA INACIO

CPF: 034.446.974-30

CLASSIFICAÇÃO

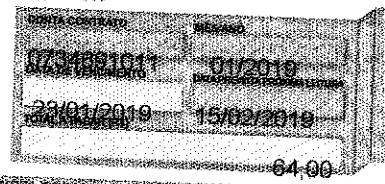
B2 RURAL
AGROPECUÁRIA RURAL

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

81 PALMATORIA 8975

ZONA RURAL/ÁREA RURAL
SERRA CAIADA/RN
59245-000

018016-29	UNICA	18/01/2019
Par0152	1001004679	1324502



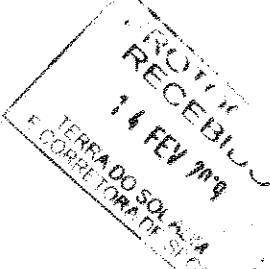
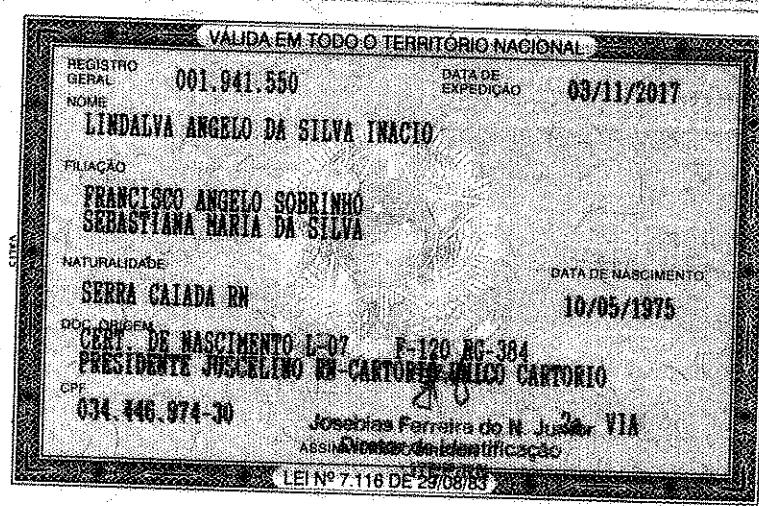
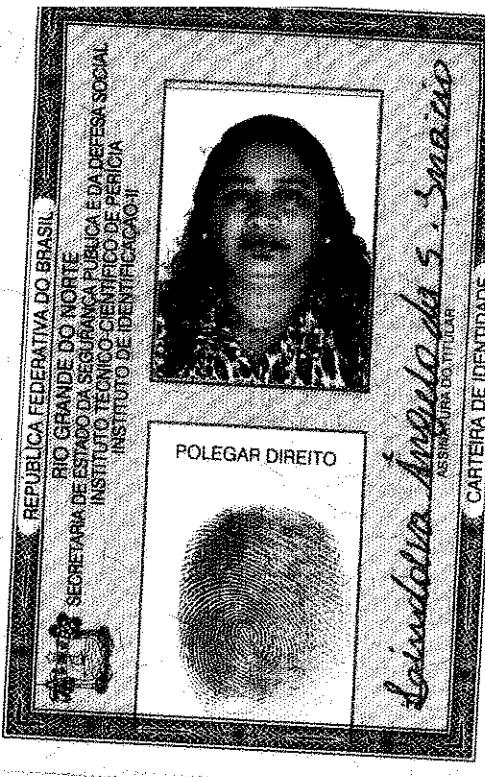
QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
130.00000000	0.42408274	55,13
		4,25
		6,58
		8,82
		9,68
		9,55

TOTAL:

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MW)	
									64,00	64,00
903129			130	18/01/2019	138,00	30	1,00000		138,00	138,00

RESUMO DE CONSUMO

RESUMO DE CONSUMO	BASE DE CALCULO	%	VALIDADE DO IMPORTE	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
001.941.550	95,13	18,00	9,97	GERAÇÃO DE ENERGIA: R\$ 19,71 35,75%
				TRANSMISSÃO: R\$ 2,88 5,22%
				DISTRIBUIÇÃO (Cosen): R\$ 13,86 24,78%



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE INDUSTRIAS
CARTEIRA NACIONAL DE INDUSTRIAL

ANDRÉ XAVIER DA PENHA FILHO



DOC. NACIONAL - CÓD. FABRICANTE
1534328 17EP 000

CPF 008.868.394-08 DATA Nascimento
27/10/1980

PAI/AO
ANDRÉ XAVIER DA PENHA
MÃE/AO
ROSA PEREIRA DA PENHA

PERMISSÃO

ACC

CARTAS

RG

Nº REGISTRO

01070270240

VALIDADE

25/06/2019

1ª HABILITAÇÃO

28/11/1998

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190132998 **Cidade:** Tangará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO E TRAUMATISMO CRANIANO GRAVE.

Descrição do exame físico: APRESENTA LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA FLEXÃO E EXTENSÃO DE PUNHO ESQUERDO, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DE PREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, USA CADEIRA DE RODAS PARA LOCOMOÇÃO, DEFICIT COGNITIVO, FORÇA MUSCULAR DE MMII GRAU 1, RESPOSTAS INCONGRUNTES.

Resultados terapêuticos: RESULTADOS LIMITADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO PUNHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/02/2019

Conduta mantida:

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			68,75 %	R\$ 9.281,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190132998 **Cidade:** Tangará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/04/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: F

Resultados terapêuticos: T

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR – SEGURO DPVAT

Outorgante (Vítima/Beneficiário não alfabetizado):

Nome: Francisco Inácio da Silva Data do acidente:
28/07/19078 cobertura invisível estado civil: CASADO Profissão: ALOSANHO
 portador(a) do RG 001-284-756 órgão expedidor 1761 e do CPF: 637.738.214-68
 residente no(a) SÍ PALMATORÍA PIOS VIDA nº 8875, bairro:
ZONA RURAL, município: SENNA CAIXA / PR

Outorgado (Procurador):

Nome: José Elvirison da Penha, brasileiro(a),
 estado civil: CASADO Profissão: funcionário portador(a) do RG 13.103,
 órgão expedidor PR e do CPF: 024.336.394-09 residente no(a)
Rua: Ribeirão da Encosta nº 198, bairro: Malacá,
 município: Santa Cruz / PR.

PROTÓC
RECEBIDO

14 FEVEREIRO

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Podendo apresentar, firmar documentos, declarações, assinar formulários, enviar documentos, correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Local e Data, SANTA CRUZ-PR 04/02/2018
 Nome: Francisco Angelo da Silva RG: 035.201-944-65
034.446.071-30
Francisco Angelo da Silva

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome: Francisco Angelo da Silva RG: 035.201-944-65
Francisco Angelo da Silva

Assinatura

2º | Nome: Francisco Angelo da Silva RG: 008.968.394-08
 CPF: 008.968.394-08

Francisco Angelo da Silva

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

ATENÇÃO!!!

VER VERSO
DESENHO: VER VERSO
de S. C. de Notas

1º Ofício
de S. C. de Notas



Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s) Sandália Angélo de
Leite Souza Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade

Tabelião Pùblica

Fábio Marques Araújo
Tabelião Pùblica
Estanislávia Karina B. M. Santos
Escrevente



Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s) Mariz Henrique de Souza
Leite Souza Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade

Tabelião Pùblica

Estanislávia Karina B. M. Santos
Escrevente



Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s) Mariz Henrique de Souza
Leite Souza Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade

Tabelião Pùblica

Estanislávia Karina B. M. Santos
Escrevente

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Esisama Marques Rocha
Escrevente Autorizada

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Esisama Marques Rocha
Escrevente Autorizada

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Esisama Marques Rocha
Escrevente Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056711/19

Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA

CPF: 637.738.214-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/07/2018

FRANCISCO INACIO DA SILVA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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
Outros

JOSE ERENILSON DA PENHA : 024.336.394-09

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

FRANCISCO INACIO DA SILVA : 637.738.214-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/02/2019
Nome: JOSE ERENILSON DA PENHA
CPF: 024.336.394-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2019
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

JOSE ERENILSON DA PENHA

THIARA VIRGINIA DA HORA