

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

Valoração 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

Valoração 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

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

Pag. 00567/00568 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13982096

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: _____ CPF da vítima: 637.738.214-68 Nome completo da vítima: MANCISCO INACIO DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: MANCISCO INACIO DA SILVA CPF: 637.738.214-68
Profissão: ALMOZADO Endereço: SILVAMTORIA Número: 8975 Complemento: CASA
Bairro: COM. PORN Cidade: SANTA CRUZ DO VESTAL Estado: PR CEP: 89.245.000
E-mail: _____ Tel. (DDD): 48.98845-41250 48.98897-4772

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0906 ☒ CONTA: 4336 ☒
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 extensão 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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: _____ 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: SANTA CRUZ - PR 04/02/2019
Nome: ANGELA ANGELO DA SILVA INACIO
CPF: 34.446.929-30
Angela Angelo da Silva Inacio
(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Maria Lucia de Freitas Pinho
CPF: 035.702.984-65
Maria Lucia de Freitas Pinho
Assinatura

2ª Nome: Angela Inacio da Silva Inacio
CPF: 008.468.394-08
Angela Inacio da Silva Inacio
Assinatura

(*) 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.



Manz

Feitoria - Pernambuco

Substitua
Esterisilvia Karina B. M. Santos
Esterisilvia

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Esterisilvia Karina B. M. Santos
Luciano

Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade

Em Rocha

Tabela Pública

Valido Somente com o selo de autenticidade e fiscalização

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Eliana Maria de Oliveira
Esterisilvia Autorizada



Bradesco

Débito

VALIDO SOMENTE NO BRASIL



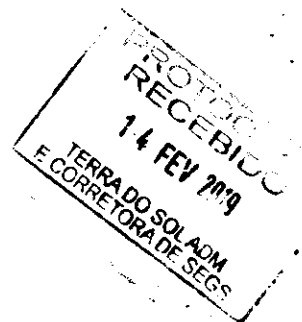
5090 9107 2197 1109

01/21 0906 7 0004336 2 01 00
VALIDO ATÉ AGÊNCIA DIG CONTA DIG VIA TIPO

FRANCISCO INACIO DA SILVA

elo

Corrente



**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 PRENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, USA CADEIRA DE RODAS PARA LOCOMOÇÃO, DEFICIT 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?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) 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 (*).
- | | |
|--|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
PUNHO - Lado Esquerdo</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|--|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


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



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, 194, CENTRO, TANGARÁ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019092000090

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

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

1.4 Ligon CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 28/07/2018 09:00:00

2.3 Fato: Consumado

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

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

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

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO

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: 12486308407

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

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: FRANCISCO INACIO DA SILVA

3.6 Mãe: LINDALVA ANGELO DA SILVA INACIO

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 19/06/2000

3.14 RG: 003620858 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: MACAIBA RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA, SERRA CAIADA/RN.

3.24 CEP:

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 LOPES 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

4.1.2 Estado civil:

4.1.4 Pai: JOSE INACIO DA SILVA

4.1.6 Identidade de Gênero:

4.1.8 Etnia:

4.1.10 Data de Nascimento: 12/05/1968

4.1.12 RG: 001284758

4.1.14 Profissão: APOSENTADO(A)

4.1.16 Passaporte:

4.1.18 E-Mail:

4.1.20 CEP:

4.1.21 Cidade: TANGARÁ

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: *****00855

7.1.5 Placa: MNB3814

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano de 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

7.1.19 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 00836172900

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:

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

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE COMPARECEU 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 CAIADA/RN; QUE LOGO APÓS A COLISÃO A SAMU SOCORREU A VÍTIMA PARA O HOSPITAL DE SERRA CAIADA/RN, E LOGO EM SEGUIDA A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PELA PRÓPRIA SAMU PARA O HOSPITAL WILFREDO GURGEL EM NATAL; QUE DO HOSPITAL WILFREDO GURGEL EM NATAL/RN, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DEOCLÉCIO MARQUES EM PARNAMIRIM/RN, ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO; QUE HOJE EM DIA A VÍTIMA SE ENCONTRA PARAPLÉGICO DEVIDO A CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE. NADA MAIS.

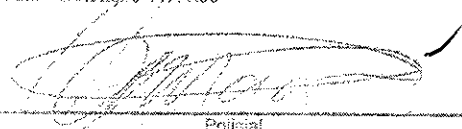
9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

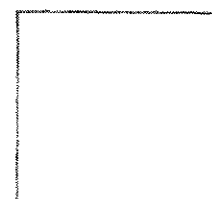
11. DECLARAÇÃO

O(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

ATENÇÃO: VER SE
3º Cópia de Notas

Atendimento: 1702483 - LUIS FERNANDO MENACHO DA SILVA
Impresso por: 1702483 - LUIS FERNANDO MENACHO DA SILVA em 13/02/2019 11:41:12

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



AUTENTICAÇÃO
Autêntico e apresenta cópia reprográfica a qual confere como original

13 FEV. 2019

Em Rocha
Bela Mariza Helena de Oliveira Pereira
Tabela

Autenticação e reprodução
em todo o mundo e seus efeitos
são os mesmos do original

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Escritura Mariza Helena de Oliveira Pereira
Escritura Autorizada



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) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: FRANCISCO INACIO DA SILVA CPF: 637.738.214-68
Profissão: AVOZADO Endereço: SILVAMATÓRIA Número: 3975 Complemento: CASA
Bairro: COM. RUA Cidade: SANTA CRUZ DO VITA Estado: PR CEP: 58.245.000
E-mail: 84.9884541250184.98897-4772

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0906 CONTA: 4336
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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;
☐ 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 confirmação 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.

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: _____ 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, SANTA CRUZ - PR 04/02/2019
Nome: ANDRÉ ANGELO DA SILVA INACIO
CPF: 34.446.929-30
André Angelo da Silva Inácio
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: MARILYN LUIZ DE PAULAS PEREIRA
CPF: 035.702.384-65

Marielyne de Freitas Penha
Assinatura

2ª | Nome: ANDRÉ ANGELO DA SILVA INACIO
CPF: 009.468.394-08

André Angelo da Silva Inácio
Assinatura

(*) 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
Mariz

Estanislávia Kaina B. M. Santos
Substitua
Folozia N. Mendes Araújo

Estanislávia Kaina B. M. Santos
Escrevente

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Estanislávia Kaina B. M. Santos
Lucrécia
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade

Em Rocha

Tabelião Público

Válido Somente com o selo de
autenticidade e fiscalização

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



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN

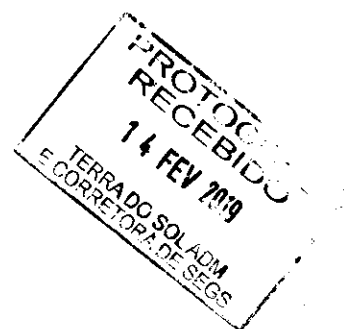


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários, que foi encontrada a ocorrência Nº 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



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

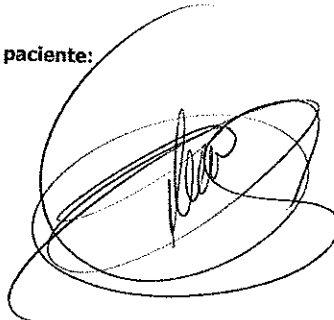
Observações Rádio Operador: USA69 BASE INFORMA PCTE AC DE DRA CARLA NO CLOVIS, PRANCHA, TIRANTE E COCHIN NO POLITRAUMA.

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 GURGE ▾

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE -- ▾

H. ligação ao serv prop.:

_: _

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada

☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

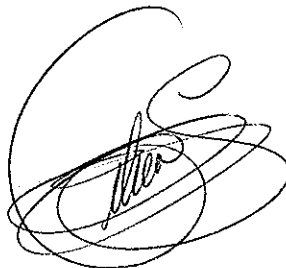
Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

☐ Sim ☒ Não

VIOLÊNCIA A VULNERÁVEIS?

☐ Sim ☒ Não





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memoz, 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

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI PALMATÓRIA 8975

ZONA RURAL/ÁREA RURAL
SERRA CAJADA RN
59245-000

018276183 ÚNICA 18/01/2019

18/01/2019 3001004578 1324502

QUANTIDADE PREÇO (R\$) VALOR (R\$)

Consumo Ativo (kWh)	130,000000	0,42409274	55,13
Cobrança de ICMS sobre Subvenção CDE			4,25
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,58
Multa por atraso-NF 015305458 - 18/11/18			0,93
Juros por atraso-NF 015305458 - 18/11/18			0,88
Compensação DIC Anual 2018			-3,55

PROTOCO
RECEBIDO

14 FEV 2019

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

TOTAL 64,00

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
605029	CAI	15-01-2018	7148,00	15-01-2019	15.836,00	30	1,00000		130,00

MESANO	ICMS	PIS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	R\$	%
JAN 19 13.						Geração de energia	19,71	35,75%
DEZ 18 127						Transmissão	2,68	5,22%
						Distribuição (Cosern)	13,86	24,78%

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Marmoz, 150. Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-260
CNPJ 08.324.198/0001-81 | Ins. Est. 20055189-0 | www.coren.com.br

PROT. 100
RECEBIDO
14 FEV 2019
TERRA DO SOL AG
E CORRETORA DE SEC

NEW RELEASES

JOSE ERENILSON DA PENHA

DPF 074 336 394-03

4444

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Mondisco

Nº DA NOTA FISCAL	RECEITA	EMISSÃO
013370952	UNICA	08/10/2018
REPRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
08/10/2018	3600-44233	1354139

PROFESSOR DA MATEMÁTICA JOSÉ CARLOS

RUA TENENTE FRANCISCO ALVES DA
FONSECA 198

MARACUJÁ-AREA URBANA
SANTA CRUZ RN
59200-000

CARTA CONTRATO	MEDIANO
0850885214	10/2018
DATE DE VENCIMENTO	DATA PRIMEIRA PAGAMENTO
05/11/2018	08/11/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	

416.61

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo (kWh)	444,0000000	0,71010190	315,28
Acréscimo Bandeira VE-RMELHA			32,78
Contrib. Ilum. Pública Municipal			46,00
Multa por atraso-NF 008025911 - 08/07/18			5,53
Multa por atraso-NF 010441652 - 07/08/18			5,95
Juros por atraso-NF 010441652 - 07/08/18			2,48
Juros por atraso-NF 003025911 - 08/07/18			3,58
Atualização IGPM-18: 010441652 - 07/08/18			1,83
Atualização IGPM-18: 008025911 - 08/07/18			2,27
Doação APAE - 3208-2888			2,00
TOTAL DA FATURA			416,61

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
11823807	CAT	06-05-2019	41 644,00	06-10-2019	42 089,00	32	1,00000		444,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Mês/Ano	Transmissão	Distribuição (Cosem)	Perdas da Energia	Encargos Setoriais	Tributos	Total
MAI 18	116,23	14,07	4,04	18,51	5,19	158,04
JUN 18	66,65	17,21	5,19	18,76	112,28	320,09
JUL 18	34,08	0,04	3,27	15,14	34,08	86,57
AGO 18	34,08	0,04	3,27	15,14	34,08	86,57
SET 18	34,08	0,04	3,27	15,14	34,08	86,57
OCT 18	34,08	0,04	3,27	15,14	34,08	86,57
NOV 18	34,08	0,04	3,27	15,14	34,08	86,57
DEZ 18	34,08	0,04	3,27	15,14	34,08	86,57
JAN 19	34,08	0,04	3,27	15,14	34,08	86,57
FEB 19	34,08	0,04	3,27	15,14	34,08	86,57
MAR 19	34,08	0,04	3,27	15,14	34,08	86,57
ABR 19	34,08	0,04	3,27	15,14	34,08	86,57
MAY 19	34,08	0,04	3,27	15,14	34,08	86,57

Consumo - 2018 (May to August) | **Consumo - 2019** (September to May)

[illegible]

As a result, the FBI is now looking for a way to get the information out of the computer without having to go through the computer. The FBI is now looking for a way to get the information out of the computer without having to go through the computer.

PROT
RECEBIDO
14 FEB 2019
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE ERNESTO DA SILVA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 024.336.394-109, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
FRANCISCO INACIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 637.438.214-68,
do sinistro de DPVAT cobertura INURTA da Vítima FRANCISCO INACIO DA SILVA
inscrito (a) no CPF sob o Nº 637.438.214-68, 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: TRINTA FRANCISCO ALVES DA SILVA</u>	Número: <u>199</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>MARCOZIN</u>	Cidade: <u>SANTA CRUZ</u>	Estado: <u>RJ</u>
E-mail:	CEP: <u>39.200-000</u>	Tel.(DDD):

Local e Data: Santa Cruz RJ 04/02/19

JOSE ERNESTO DA SILVA
Assinatura do Declarante



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, Jalson Cosme de Oliveira
RG nº 3.274.023, data de expedição 23/02/2011
Órgão Itap-RN, portador do CPF nº 108.412.224-36
com domicílio na cidade de Serra Caiada, no Estado de RN
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Palmatória, nº _____
complemento caso, 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 de Silva, cujo o condutor era
Francisco Inácio de Silva
Veículo: Moto Honda Modelo: CG 150 Titan ES Ano: 2004/2004
Placa: MNB-3814 Chassi: 9C2KE08504R009855
Data do Acidente: 28/07/18

Local e Data:

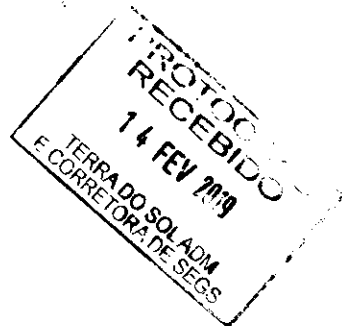
Serra Caiada 07/02/2019

JALSON COSME DE OLIVEIRA

Assinatura do Declarante

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

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de:
Jalson Cosme de Oliveira
por ter sido aposta neste
documento em minha presença
Serra Caiada / RN 07/02/2019
Em fé e testemunho _____ da verdade
Rayslla Caroline Oliveira Vicente
Tabela 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: Francisco Inácio da Silva Profissão: _____
Data de Nascimento: 20/06/68 Idade: 50 Anos Sexo: ☒ Masculino () Feminino
Cor: Amarelo Escolaridade: _____ Tel.: _____
Naturalidade: D. Elói de Souza Estado Civil: _____ Identidade: 001 28475
Cartão SUS: _____
Filiação (Mãe ou Pai): Regina Lopes Ferreira
ENDEREÇO: Cidade Palmatama Nº _____
Bairro: Zona Rural Complemento: _____ CEP: _____
Cidade: Serra Caiada Data: 28/07/18 Hora: 09:53

APRESENTAÇÃO DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

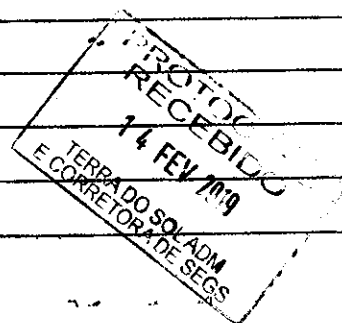
PRESSÃO ARTERIAL: 100 x 60 PESO: _____ TEMP: _____ HGT: _____ FC: 79 SPO2: 89
HISTÓRICO ATUAL: Hipertemia() Diarreia() Emese() Artralgia() Dor generalizada() Edema() Prurido()
Dispneia() Dor retrorbitaria() Linfonodomegalia() Exantema()

Outros _____

176 mm.

PROCEDIMENTO PA: 300 x 60 SpO2 _____

Mantem pulm 1, Respira verbal 2, Respira motor 3.



LIBERAÇÃO DO PACIENTE:

Dr. Walter Faria
Clínico Geral
CRM 7547

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

220

APRESENTAÇÃO DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PRESSÃO ARTERIAL 30 X 40 PESO _____ TEMP _____ HGT _____ FC 110 SPO2 80

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

Outros

The word.

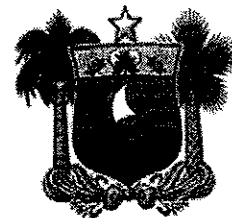
PROCEDIMENTO PA: 300 X 60 500

Abstrak oral 1, Pernyataan verbal 2, Pernyataan motorik 1.

Rollinia M. coccinea.

Dr. J. M. F. F. F.

LIBERAÇÃO DO PACIENTE,



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 40053 /2018

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: PALMATÓRIA, 1

CEP: 59245000

Bairro: SERRA CAIADA

Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO

Telefone: 84.987279153

Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO

Fluxograma:

OBS:

HORA	P.A.	HGT	Sat O2	PIQ2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

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

Hora: _____

Paciente SOA, internado no hospital pelo NCA vindo de RE/MORO em 28/07/18. Acusou insucesso com o NCA e estava no deoclecio por culpa do NCA no MSE, porém estava com Afasia! Analisa o deoclecio e há indicação de lesão subdural frontal (E)

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	Com 06mm de espessura
B	sem DM, outros bo
C	um
D	Hipnose subdural? HSC?
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

No momento, eufórico e Afasia
Afasia / Alente / Pares no / Pares no / Pares no

Exame: Técnico
Data: 08/08/2018
TOMOGRAFIA/NC

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

DEE

Ed: Internado Hospital (Sobito exome) bds.
Rosta: amiloidose, de MIA... e nervos do spine e exome

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-5deg); display: inline-block;">CONFERE COM ORIGINAL NATAL. 18/09/18 MAT. Nº. SAME ASSINATURA Assinatura e Carimbo do Responsável</div>
Assinatura e Carimbo do Responsável	

DESTINO DO PACIENTE: <u>Intenso</u>	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: <u>NCN</u>	DATA: <u>08/08/18</u> HORA: <u>18:30L</u>
SAÍDA:	DATA: <u>/ /</u> HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	Á Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:
ÓBITO:	DATA: <u>/ /</u> HORA:
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
<u>RECEBI</u> Médico (Carimbo)	

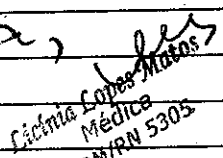
Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA: <u>/ /</u> HORA:
SAÍDA:	DATA: <u>/ /</u> HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	Á Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:
ÓBITO:	DATA: <u>/ /</u> HORA:
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

EVOLUÇÃO

DATA	TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO MÉDICO QUE A FEZ
08/08/18	Solicitação de avaliação pela neuro- cirurgia (contato prévio com Dr. Sérgio Dantas)
	Paciente, 50 anos, vítima de colisão moto - caminhão em 28/07, com trauma em joelho e fratura de perna (E). Foi atendido no HUG - realizou TC - e foi encaminhado p/ este hospital para ortopedia dia 01/08. No dia 02/08 evoluiu com RNC e déficit motor à direita, realizou TC de crânio sem alterações evidentes. Repetiu TC em 06/08 que inter- preta hematoma subdural?
CONFERE COM ORIGINAL NATAL 18/08/18 MAT. Nº. _____	Comorbidades: - Distúrbio psiquiátrico - uso de medicação, neozine, gonalina, risperidona, clonazepam (após ALCi em 2011) - DM - HAS - ALCi prévio em 2011
	NO momento - ECG 13 ACV: ROR TC: 52 PA: 136 x 70 FR: 141 FiO2: 100% (ar ambiente)
	OBS: Anexo laudo TC.
	Carla,  Sílvia Lopes Matos Médica CRM/RN 5305



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 <i>Francisco Inácio da Silva</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO					
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)						
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Queda da pressão arterial desde 1º de julho (18) exolula com Afonia. Alente. Respiração RR.</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Alente + Respiração</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Reborn = Colapso Subdural frontal (E) Bann (Hiperemia? Hesse?)</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Colapso Subdural</i>	21 - CID INICIAL <i>S06.8</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>030304008-4</i>	25 - LEITO / CLÍNICA <i>nen</i>	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <i>CONFERE ORIGINAL NATAL, 18/09/18 MAT. Nº. 01/09/18</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>RMAL</i>
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>trancanto com o Colapso Subdural</i>	29 - DT SOLICITAÇÃO	30 - CNS / CPF <i>SAME</i>	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>ASSINATURA</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BONUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
41 - CID PRINCIPAL		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA
42 - CID SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	



Nome FRANCISCO INACIO DA SILVA

Leito: Policlínica 17

Idade: 50 ANOS

Nº Registro: 85502

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 08/08/18

Hora: 19h45

#NCR- ADMISSÃO #

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CAMINHÃO. HÁ 11 DIAS
EVOLUIU COM RNC + DEFICIT MOTOR A (D). TC DE CRÂNIO EVIDENÇOU COLAPSO
SUBDURAL E ESGUINHA, SÍNDROMA DE LAMARCA. NO MOMENTO EVOLUIU-SE COM
DESEMPENHO NO TFWO/ESMAO. TEM RISCO DE AVCIL EM ZONA, SEM SEQUELAS.

PRINCIPAL, DUCO, DISTÚRBIO ISQUIÊMICO (ACOMANHADO NO SÍZ2 MORTAL)

MEDICAMENTOS: CARBAMAZEPINA, NEOSTIGMINE, FENOTEROL, PULMONOL, CLONIDINA,
3x 1x 1x 2x 2x

GLIBENCLAMIDA 12/12h; METFORMINA 850mg 3x

NO EPÍ 1 SOCORRO, RNC, COMISSÃO, DESMONTADO, GLASGOW 4+4+6=14, S/D, PULSO
FACIL. NÃO LIVRE, NÃO PRESSIONA.

COMO: (1) SOLICITAÇÃO EXAMEN LABORATORIAL
(2) FASE HIGIENIZADA

+ DR JOAO BATISTA

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

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: 18/09/18
MAT. Nº
SANE
ASSINATURA



Nome: Prêmio Grocio Nº Registro: _____
Serviço: NCR M17 Idade: _____ Leito: _____

~~HISTÓRIA~~ EVOLUÇÃO

09/08/2018 TCE HSD e E sem DLM
Parado de AVC.
Paciente portador de distúrbios
psiquiátricos; af. de humor de TCE
há 15 dias. ECG 13 (0.3, 2.4, 4.6)
mantém padrão neurológico
sem alterações; s/ alterações
Cd. observado

Dr. Herbert Cláudio Dória
Neurologia
11/08/2018

12/08/18 NR TCE HSDA lamer.

- Sono. Insonia uma noite
- Desperta ao chamado
- Sem déficits.
- Ao 2º andar

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 28/09/18
MAT. Nº. _____
SAME
Neurologia

Guilherme Lira Lira
56m

13/08/18

5º DIH 2 AVC; psiquiátrico em 2018

Distúrbios psiquiátricos
TCE prévio por PAF

Síndrome de Etniológia prévia à síndrome
Higiene laminar frontal (E) sem efeito de massa
Fratura em ponto de vista (E)

Paciente evolui estável, sem intercorrências
Verbalizando
Sono. Exames lab OK
Movimento os 4 membros
Confiável

Conduta: sem conduta Neuropsiquiátrica, no momento
Ao 2º andar

14/8/18 Paciente mantém estabilidade neuropsiquiátrica
Verbaliza, responde corretamente, desorientado
mobiliza os 4 membros; off-center
Ao 2º andar

Dr. Herbert Cláudio Dória
Neurologia
14/08/2018

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 1.)	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, idade, endereço, data, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Demanda sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Reflexos inespecíficos a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação).	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	13-150 = 4
	9-120 = 3
	6-80 = 2
	4-50 = 1
	30 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	>20 = 3
	6-9 = 2
	1-5 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	75-90 = 3
	50-70 = 2
	1-40 = 1
	0 = 0

**Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.L. Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 23(6) 824, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - 06=grave (necessidade de intubação imediata);
09- 3=moderado;
14-15=leve

* Referência: TEASDALE G. JENNET B. Assessment 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 idade 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

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)		
A		
B		
C		
D		
E		
A(ALERGIAS) _____		
M(MEDICAÇÃO EM USO) _____		
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) _____		
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) _____		
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) _____		
V (PASSADO VACINAL) _____		
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
	OUTROS	
CONDUTA PRIMARIA@MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:
DESTINO DO PACIENTE:		
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: _____ DATA / / HORA		
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:		
OBITO: DATA / / HORA		
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP		

SUS-708105811956710

Del 987079153



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

Mae - Regina Lopes Severina Nº 51
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Roberto Inacio Da Silva
IDADE: 12/05/1968 COR: Branco SEXO: Masculino ESTADO CIVIL: Casado
NATURALIDADE: Sendo PROFISSÃO: Trabalha PROCEDÊNCIA: Trabalho
ENDEREÇO: Silvio Parnamirim - 1 BAIRRO: Zona Rural
CIDADE: Sendo DATA: 01/08/2018 HORA: 11:20hs

CONDIÇÕES 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)
Furto punho

EXAME FÍSICO
Transtorno do estado de consciência
Transtorno da consciência

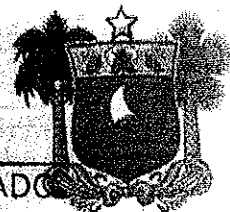
096921-4
CONFERE COM ORIGINAL
Transtorno
S. Servidor
PULSO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS				
HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL
Furto punho



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 37916 /2018

Admissão: 28/07/2018 14:16:17

CIRURGIA GERAL - VERMELHO

FATURADO
Em 22/07/18

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

CEP: 59245000

Bairro: SERRA CAIADA

Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO

Telefone: 84.987279153

Compl:

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:

Paciente vem com queixa de um ferimento pelo SAMU e
história de ter sido vítima de acidente de mob (carro com
mob), devido a batida por um lado no veículo bônico.
Abd. flácido

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A - Vias aéreas e TOT e em Vm.

B - MV @ sem ruídos S/R4.

C - Baixo pulm.

D - Glósga QT.

E - Hmístia e peri-estômico dist.

TOMOGRAFIA/HMWG

Data: 28/07/18 Hora:

Técnico:

Exame: rano/aural/loax

Médico: Alex Teal

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

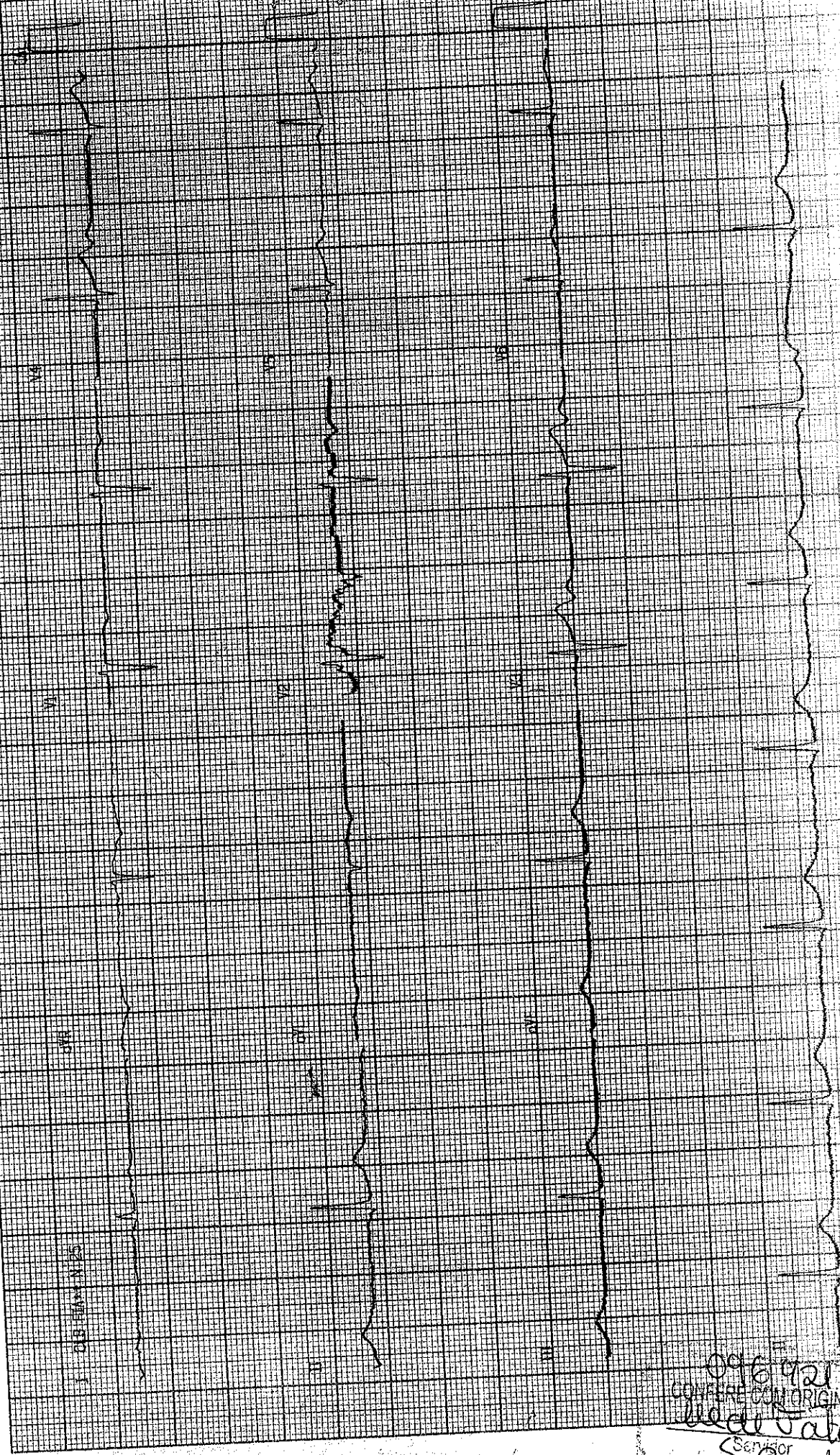
TCE grau + Pol. l.

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

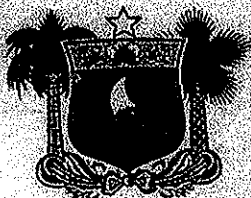
096921-4
CONFERE COM ORIGINAL
U-de Sature
Servidor
Gr. Barros

Fre Início da Sma

05/08/18 8h L.OB



096 921 4
CONFERE COM ORIGINAL
Walter
Servidor
Paulo



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 iodado.

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 locorregionais, localizadas nos lobos temporal e parietal esquerdos. Correlacionar clinicamente

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

Sistema ventricular de topografia, morfologia e dimensões normais.

Aspecto anatômico das cisternas da base.

Não há evidência de processo expansivo intracraniano.

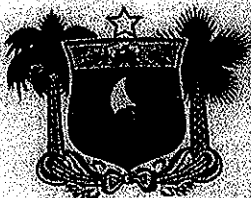
Achado adicional:

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

[Assinatura]

Laudado Por:
Odilon Ottoni Guimarães Neto
CRM-RN 50.277 / RADIOLOGISTA

096021-4
CONFERE COM ORIGINAL
de *[Assinatura]*
S. Carlos
Servidor



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

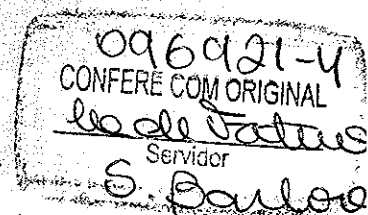


Paciente: FRANCISCO INACIO DA SILVA
Data: 06/08/2018

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://validar.wbsrad.com.br/> e utilize a data/hora e chave: awnBEUHF para acesso.

Laudado Por:
Odilon Otton Guimarães Neto
CRM-RN 5008 / RADIOLOGISTA





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA ORTOPEDIA		REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	
ENFERMARIA Nº	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	PROFISSÃO AGRICULTOR		
ENDEREÇO (RUA, Nº) SÍTIO PALMATÓRIA, 8975		UF RN	CEP 59245-000
MUNICÍPIO SERRA CAIADA	BAIRRO ZONA RURAL	TELEFONE	
LOCAL DE TRABALHO			
FILIAÇÃO REGINA LOPES FERREIRA	JOSE INACIO DA SILVA		
RESPONSÁVEL FLAVIO DA SILVA INACIO (FILHO)	TELEFONE 98871-8757		
ENDEREÇO			

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

OBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Dr. Edmar M. Dantas
CRM - 942
Ortopedia - Traumatologia

046921-4
CONFERE COM ORIGINAL

do 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 Sarrinho

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIIH

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 <i>Francisco Inácio de Silva</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO		
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/>	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DE CONTATO			

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP
-------------------------	----------------	-------------	---------	----------

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Queda de peso e nec. pul. de julho (18) envolvida com hipoxia. Alente. Respir. 200.</i>
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Clínico + Respir.</i>

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Reborn = Colapso Subdural frontal (E) com (Hipoxia? Hsde?)</i>

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Colapso Subdural</i>	21 - CID INICIAL <i>506.8</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
---	----------------------------------	---------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>030304008-4</i>	25 - LEITO / CLÍNICA <i>nen</i>	26 - CARATER DA INTERNAÇÃO <i>CONFERE ORIGINAL NATAL, 18/09/18 MAT. Nº. 01/109/18</i>	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>MAIL</i>
28 - DT SOLICITAÇÃO	29 - CNES / CPF <i>SAME</i>	30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	31 - ASSINATURA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BONUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRIÇÃO CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
41 - CID PRINCIPAL		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA
42 - CID SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNES / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis SarinhoRELATORIO DE
HISTORIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome FRANCISCO INACIO DA SILVA

Leito: 1011111 17

Idade: 50 ANOS

Nº Registro: 85502

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 08/08/18

Hora: 19h45

#Nº ADMISSÃO #

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CAMINHÃO. HÁ 11 DIAS
EVOLUIU COM RUC + DEFICIT MOTOR A (D). TC DE CRÂNIO REVELOU COLEÇÃO
SUBDURAL ESQUERDA, FIDELVID DE LÍQUOR BRANCO. NO MOMENTO EVOLUIU COM
DESEMPENHO NO TÍPO/ESTADO. TEM RISCO DE ALCI EM 2018, SEM SEQUELAS.

PACIENTE, DUCO, DISTÚRIO PSICOMOTOR (ACORDANDO NO SÍTIO MORTUÁRIO)

MEDICAMENTOS: CARBAMAZEPINA, NEORINE, FENOBARBITAL, PASIDOLINA, GABAPENTINA,
3x 1x 1x 2x 2x

GLIBENCLAMIDA em 12/12/17; METFORMINA 850mg 3x

NO EPÍSSISO, RUCO, COLEÇÃO, DESEMPENHO, GLIBENCLAMIDA 4+4+6=14, S/DESEMPENHO
FOUL. NOU LÍQUOR, MORTUÁRIO.

COLO: (1) SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA
(2) FASE HIGIÊNICA

+ DR JOAO NETO

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

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: 18/09/18
MAT. Nº
SOME
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:

Promício Góes

Nº Registro:

Serviço:

NEUR UN 17

Idade:

Leito:

~~EVOLUÇÃO~~ EVOLUÇÃO

09/08/2018

TCE HSD e E sem DTM

Parado de AVC

Paciente portador de distúrbios
psiquiátricos; cf. histórico de TCE
há 15 dias. ECG 13 (03, 24, 46)
mantém quadro neurológico
sem alterações; s/ alterações
lab; observados

D. Héctor Clemente
Neurologia
12/08/2018

12/08/18 NR

TCE HSDA lamer.

- Sono. Insônia em noite
- Disputa ao chamado
- Sem deficits.
- Ao 2º andar

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 28/09/18
MAT. Nº. SAME

Guilherme Luan Lira
56m

13/08/18

5º DIH e AVC; psiquiátrico em 2º andar

Distúrbios psiquiátricos

TCE prévio por PAF

Sínd. de Cerníctomil, prévio à esquerda

Higroma laminar frontal (E) sem efeito de massa

Fratura em ponto baixo (E)

Paciente evolui estável, sem intercorrências

vestibulares

Sono

movimentos do 4º membro

Conferido

Exames lab OK

Conduta: Sem conduta Neurológica, no momento
Ao 2º andar

14/8/18 Paciente mantém quadro neurológico
estável, vestibular, respiratório, devesse
mobilizar os 4 membros; efetuar
No 1º andar

D. Héctor Clemente
Neurologia
14/08/2018

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13 - 150	= 4
	9 - 120	= 3
	8 - 80	= 2
	4 - 50	= 1
	30	= 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10 - 290	= 4
	>290	= 3
	8 - 30	= 2
	1 - 50	= 1
	00	= 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	> 90mm	= 4
	76-90	= 3
	50-70	= 2
	1-49	= 1
	00	= 00

“Escala do Trauma Revisada (RS): Bom índice de sobrevida para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.I. Copes, et al; A revision of the Trauma score. J. Trauma 29(5) 624, 1989.

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

* Referência: TEASDALE G. JENNEY, B.
Assessment 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 idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com as reações subjetivas:

de acordo com as seguintes definições:

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



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LEI DO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES		
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	4- CNES 3515168		
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE FRANCISCO INACIO DA SILVA	6- NUMERO DO PRONTUÁRIO 161800		
7- CARTAO NACIONAL/SUS 708 1058 1195 6710	8- DATA DE NASCIMENTO 12/05/1968	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR
11- NOME DA MAE REGINA LOPES FERREIRA	12- TELEFONE DE CONTATO 98871-8757		
13- NOME DO RESPONSÁVEL FLAVIO DA SILVA INACIO (FILHO)	14- TELEFONE DE CONTATO		
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) SITIO PALMATORIA, 8975			
16- MUNICIPIO SERRA CAIADA	17- BAIRRO ZONA RURAL	18- UF RN	19- CEP 59245-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

Deficiência do membro superior direito

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

EC + EF + EX

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Ulcera de pressão

23- DIAGNOSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

Deficiência do membro superior direito

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Dr. Edimar M. Dantas
CRM - 942
Ortopedia e Traumatologia

29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BILHETE	41- SÉRIE
37- () AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
38- () ACI. TRABALHO TRAJETO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- COD. ORGAO EMISSOR	52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48- DOCUMENTO () CNS () CPF	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

DADOS DO CLIENTE

LINDALVA ANGELO DA SILVA INACIO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI PALMATÓRIA 8975

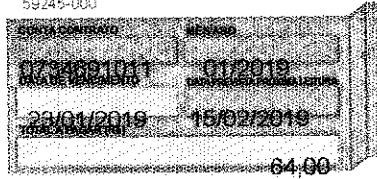
CPF: 034.446.974-30

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL
AGROPECUARIA RURAL

ZONA RURAL/ÁREA RURAL
SERRA CAIADA RN
59245-000

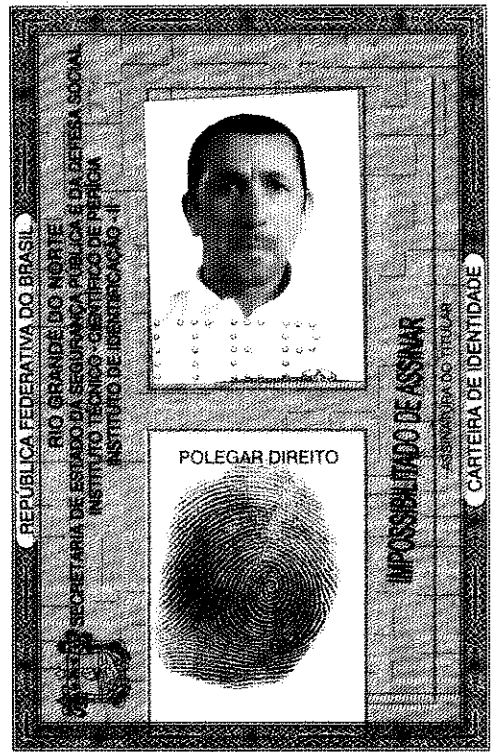
Nº DA UNIDADE	SERIE	EMISSÃO
8192/5192	00000	15/01/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
15/01/18	0001054578	1304602



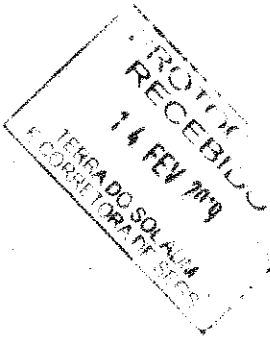
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Serviço Ativo (kWh)	130.000.0000	0.43409274	55.13
Cobrança de ICMS sobre Subvenção CDE			4.26
Contribuição Pública Municipal			6.58
Multa por atraso TUF 015305456 - 15/11/18			0.93
Juros por atraso NF 015305456 - 15/11/18			0.68
Compensação DFC Anual 2018			-3.55
TOTAL			64.00


Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
805029		15-01-2019	15.836.00	15-01-2019	15.836.00	30	1.00000		130.00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
ANEXO	ICMS	SUBS DE CÁLCULO	%
ANEXO 13	ICMS	55.13	10.00
CEZ 10	PIS		0.93



V. 15.1.1.1.1



ID 0 ^o FBI POS		André Xavier da Penha	
ALTURA 1,74 m		FILIAÇÃO Rosa Pereira da Penha	
PIS / PASEP		DATA NASC	
19011684276		08 10 1975	
CUTIS		CABELOS	
Branca		Casti Ond	
NATURAL DE		Santa Cruz/RN	
LOCAL E DATA DE EMISSÃO		Natal/RN, 30 de dezembro de 2015.	
O TITULAR TEM ACESSO EM LOCAIS PÚBLICOS E PRIVADOS, SUJEITO À FISCALIZAÇÃO POLICIAL, CONFORME PREVISÃO DO ART. 24 DA LEI Nº 13.687/2018 (BRASIL, 2018), DE 06/04/2018.			
 Everson Elias de Figueiredo Nunes - CAP GORM CHEFE DO SERVIÇO DE IDENTIFICAÇÃO DA PMRN			

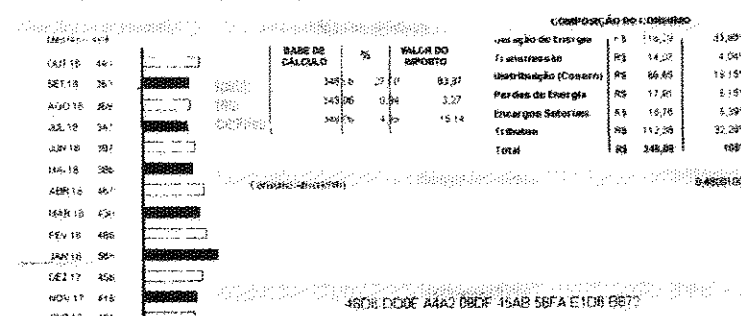
PROT. RECEBIDO
14 FEV 2019
TERRA DO SOL
E CORRETORA

B1. RESIDENCIAL RESIDENCIAL Monofraco			CORTA CONTRATO SÉRIANO	
			0850885214	10/2018
			DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÃO DE CANCELAMENTO
			05/11/2018	08/11/2018
			TOTAL A PAGAR (R\$)	
			416,6	

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atividade	44 000000	0,71210160	31,53
Adesivos Bandagem 1x1 RMBL/m²			32,78
Contrib. Supl. Pública Municipal			45,95
Multa por atraso-NF 000025811 - 05/07/18			5,53
Multa por atraso-NF 000041852 - 07/08/18			5,95
Juros por atraso-NF 000041852 - 07/08/18			2,48
Juros por atraso-NF 000025811 - 08/07/18			3,99
Atualização ICPM-Fal 000041852 - 07/08/18			1,83
Atualização ICPM-Fal 000025811 - 08/07/18			2,27
Descont APAR - 3200-2686			2,00

TOTAL CREDITORS \$100.00

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
11823827	TA7	06-05-2016	61 644,00	08-10-2016	47 025,00	5	1 000,00		644,00

[illegible][illegible]

PROT. DE
RECEBIM.
14 FEV 2009
TERRA DO SOL
E CORRETORES

DADOS DO CLIENTE

LINDALVA ANGELO DA SILVA INACIO

CPF 034.446.974-30

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL
ADPOPECUARIA RURAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI PALMATÓRIA 6975

ZONA RURAL/ÁREA RURAL
SERRA CAIADA RN
59245-000

DATA CONTADOR 07/3/2019
DATA DE INÍCIO 01/2019
DATA DE FIM 15/02/2019
VALOR 64,00

DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR
01/01/2019	18/01/2019	18,00
19/01/2019	15/02/2019	46,00

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
130,0000000	0,42408274	55,13
		4,25
		6,56
		0,83
		0,88
		3,55

Consumo Ativo (kWh)
Contribuição de ICMS sobre Subvenção CDE
Contribuição de ICMS sobre Subvenção CDE
Multa por atraso NF 015305458 - 18/11/18
Juros por atraso NF 015305458 - 18/11/18
Compensação CIC Anual 2018

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
905029		15/01/2019	15.836,00	16/01/2019	15.836,00	30	1,90000		130,00

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
ICMS	55,13	18,00
ICMS	55,13	18,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	VALOR	%
Geração de Energia	R\$ 19,71	25,75%
Transmissão	R\$ 2,98	3,92%
Distribuição (Cosern)	R\$ 13,66	17,93%

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNOLÓGICO CIENTÍFICO DE PERÍCIA
INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO-I

POLEGAR DIREITO

Lindalva Angelo da S. Inacio

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 001.941.550
NOME LINDALVA ANGELO DA SILVA INACIO
FILIAÇÃO FRANCISCO ANGELO SOBRINHO
SEBASTIANA MARIA DA SILVA
NATURALIDADE SERRA CAIADA RN
DATA DE NASCIMENTO 10/05/1975
DOC. ORDEM CERT. DE NASCIMENTO L-07 P-120 RG-384
PRESIDENTE JOSCELINO RN-CARTÓRIO UNICO CARTÓRIO
CPF 034.446.974-30
Assinatura de Identificação
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

A Rocio

NOTA RECEBIDA
14 FEV 1999
TERRA DO SOL
CORRETORES DE SILOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ANDRE XAVIER DA PENHA FILHO



DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR DE
1934328 ITEP RN

CPF 008.868.394-08 DATA NASCIMENTO 27/10/1980

FILIAÇÃO
ANDRE XAVIER DA PENHA
ROSA PEREIRA DA PENHA

PERMISSÃO ACC CATAB
AD

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
Valoração 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 INACIO DA SILVA Data do acidente: 28/07/2018
cobertura INURIN estado civil: CASADO Profissão: ALPOSEIRO
portador(a) do RG 001-284-756 órgão expedidor 116P e do CPF: 637.738.214-68
residente no(a) SI PALMATORIA nº 8975, bairro: ZONA RURAL, município: SANTA CRUZ DO SUL

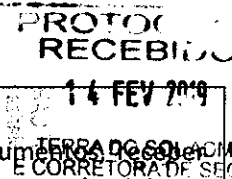
Outorgado (Procurador):

Nome: JOSE GILBERTO DA PENHA brasileiro(a),
estado civil: CASADO Profissão: PARCEIRO MILITAR portador(a) do RG 73.703
órgão expedidor PM e do CPF: 024.336.394-09 residente no(a) RU: TRAVESSIA FRANCISCO INACIO DA SILVA nº 198, bairro: MATACURA,
município: SANTA CRUZ DO SUL

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 DO SUL - RS 04/02/2019
Nome: LINDOMAR ANGELO DA SILVA
034.446.974-30
Lindomar Angelo da Silva
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: MARIA LUCIENE DE PAULAS PENHA
035.202.984-65
Maria Luciene de Freitas Penha
Assinatura
2ª Nome: ANDRÉ GILBERTO DA PENHA FILHO
CPF: 008.868.394-08
André Gilberto da Penha Filho
Assinatura

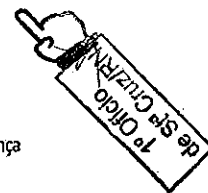
Assinatura do Representante Legal (se houver)

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!!!

ATENÇÃO: VER VERSÃO
de 10 de Outubro de 2018



1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Deudalpa Angélio de
Almeida
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade
Elisama Rocha
Tabelia Pública

Valido Somente com o selo de autenticidade e fiscalização

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Deudalpa Angélio de
Almeida
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade
Elisama Rocha
Tabelia Pública

Valido Somente com o selo de autenticidade e fiscalização

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Deudalpa Angélio de
Almeida
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade
Elisama Rocha
Tabelia Pública

Valido Somente com o selo de autenticidade e fiscalização

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Deudalpa Angélio de
Almeida
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade
Elisama Rocha
Tabelia Pública

Valido Somente com o selo de autenticidade e fiscalização

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Deudalpa Angélio de
Almeida
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade
Elisama Rocha
Tabelia Pública

Valido Somente com o selo de autenticidade e fiscalização

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Deudalpa Angélio de
Almeida
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade
Elisama Rocha
Tabelia Pública

Valido Somente com o selo de autenticidade e fiscalização

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Deudalpa Angélio de
Almeida
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade
Elisama Rocha
Tabelia Pública

Valido Somente com o selo de autenticidade e fiscalização

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Deudalpa Angélio de
Almeida
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade
Elisama Rocha
Tabelia Pública

Valido Somente com o selo de autenticidade e fiscalização

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Deudalpa Angélio de
Almeida
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade
Elisama Rocha
Tabelia Pública

Valido Somente com o selo de autenticidade e fiscalização

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056711/19

Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA

CPF: 637.738.214-68

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 28/07/2018

Titular do CPF: FRANCISCO INACIO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE ERENILSON DA PENHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

THIARA VIRGINIA DA HORA