

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190292663 **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: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONSTA NOVO LAUDO MÉDICO
ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL (AMD) REALIZADA APÓS SINDICÂNCIA EXTERNA COM FILMAGEM AUTORIZADA PELA VÍTIMA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 |

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0139992/19

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
DUT
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: 25/04/2019
Nome: JOSE ERENILSON DA PENHA
CPF: 024.336.394-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/04/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

JOSE ERENILSON DA PENHA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190292663

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

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190292663

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: 637.738.274-68 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: 637.738.274-68

Profissão: APOSENTADO Endereço: SILVATÓRIA Número: 8975 Complemento: CASA

Bairro: COM. BURR Cidade: SILVATÓRIA Estado: PR CEP: 59.245.000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 44.98845-4125 ou 44.98997-4772

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)

AGÊNCIA: CONTA:

(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)

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, base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação 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 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: LINDA MARIA ANGELO DA SILVA INACIO

CPF: 34.446.924-30

Angela Angela da Silva Inacio

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (depoimento)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Maria Lúcia da Silva Inacio

CPF: 035.702.934-65

Maria Lúcia da Silva Inacio

Assinatura

2ª Nome: Angela Angela da Silva Inacio

CPF: 009.969.394-08

Angela Angela 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.



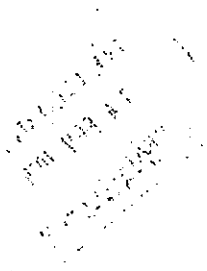
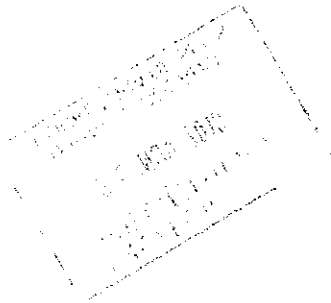
Manz
F. 1025
F. 1025

Substitua
Estanslavia Karina B. M. Santos
Escrevente

Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s)
Amelaine Angélio de F. J. Lucena
Santa Cruz(RN)
04 FEV 2019
Em Testemunho da Verdade
Em Rocha
Tabela Pública

Válido Somente com o selo de autenticidade e fiscalização

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





PROTOCOLADO
RECEBIDO
25 ABR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Corrente

PROTOCOLADO
RECEBIDO
14 FEV 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.



Govorno 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, 184, CENTRO, TANGARÁ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019092000090
1.2 Data de Expedição: 13/02/2019 11.41.03
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

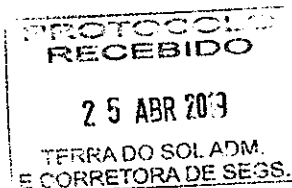
2.1 Data/Hora do Fato: 28/07/2018 09.00.00
2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Urbano
2.7 Logradouro: RUA GEORGINO AVELINO, CENTRO, SERRA CAIADA/RN.
2.8 Número: XX
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: CENTRO
2.13 Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FELIX DA SILVA INACIO
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social:
3.4 Pai: FRANCISCO INACIO DA SILVA
3.5 Etnia: Branca
3.6 Mãe: LINDALVA ANGELO DA SILVA INACIO
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 12486308407
3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 19/06/2000
3.13 Profissão: ESTUDANTE
3.14 RG: 003620958 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s):
3.16 Passaporte:
3.17 Número: X
3.18 Naturalidade: MACAIBA RN
3.19 Bairro: ZONA RURAL
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA, SERRA CAIADA/RN.
3.23 Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: FRANCISCO INACIO DA SILVA
4.1.2 Estado civil:
4.1.3 Nome Social:
4.1.4 Pai: JOSE INACIO DA SILVA
4.1.5 Mãe: REGINA LOPES FERREIRA
4.1.6 Identidade de Gênero:
4.1.7 Orientação Sexual:
4.1.8 Etnia:
4.1.9 Sexo: MASCULINO
4.1.10 Data de Nascimento: 12/05/1968
4.1.11 CPF: 63773821468
4.1.12 RG: 001284756
4.1.13 Nacionalidade:
4.1.14 Profissão: APOSENTADO(A)
4.1.15 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA
4.1.16 Passaporte:
4.1.17 Número: X
4.1.18 E-Mail:
4.1.19 Bairro:
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
7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: *****09855
7.1.4 Renavam: 00828172900
7.1.5 Placa: MNB3814
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ES
7.1.9 Ano do Modelo: 2004
7.1.10 Ano de Fabricação: 2004
7.1.11 Cor do veículo: VERDE
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: JALSON COSME DE OLIVEIRA
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: A VÍTIMA
7.1.18 Observações:

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 WOLFREDO GURGEL EM NATAL; QUE DO HOSPITAL WOLFREDO 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 NO FOI COMPLEMENTADO)

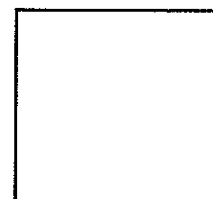
11. DECLARAÇÃO

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


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 OCORRNCIA

17.02.2019 11:42

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 Inácio da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Francisco Inácio da Silva CPF: 637.738.214-68

Profissão: APOSENTADO Endereço: SILVATUBA Número: 8975 Complemento: CASA

Bairro: COM. NORO Cidade: SANTA CRUZ DO SUL Estado: RS CEP: 91.245-000

E-mail: 84.98845-41250184.98897-4172 Tel. (DDD): _____

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

REDA 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: 0906 7 CONTA: 4336 2

(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 qualificação 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) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Assinatura e Data: SANTA CRUZ DO SUL - RS 04/02/2019

Nome: LINDA MARIA ANGELO DA SILVA INACIO

CPF: 34.446.929-30

Linda Maria Angelo da Silva Inácio

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (depois)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

7-5-APR-2019

TERRA DO SOL ADM.

CONCEPCAO DE SEGS.

TESTEMUNHAS

1º Nome: Maria Lucia de Freitas Paula

CPF: 035.702.994-65

Maria Lucia de Freitas Paula

Assinatura

2º Nome: André Vitor da Silva Melo

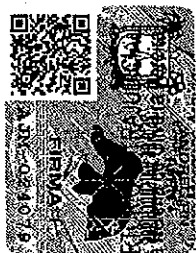
CPF: 009.969.394-08

André Vitor da Silva Melo

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.



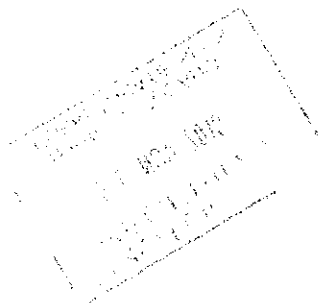
Manz

Estanislávia Karina B. M. Santos
Escritura

Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s)
Estanislávia Karina B. M. Santos
Santa Cruz(RN)
04 FEV 2019
Em Testemunho da Verdade
Em Rocha
Tabela Pública

Valeio Somente com o selo de autenticidade e fiscalização

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





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

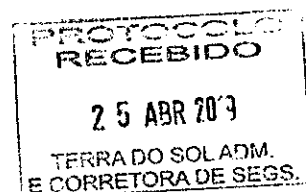


DECLARAÇÃO

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



Histórico Regulação Médica:

28/07/2018 10:16:24 - Dr(a). CLÁUDIA MIREYA PAREDEZ

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: HOSP DE SERRA CAIADA PARA HWG REGULADO AINDA NAO PACT FRANCISCO INACIO DA SILVA, 50 ANOS ID. TCE PACT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO/CARRO. PACT COM TRAUMA GRAVE, COLISÃO DE GRANDE IMPACTO, DESACORDADO, EM USO DE CAPACETE E SEM SINAIS DE ETILISMO. ELE COLIDIU NA TRAZEIRA DE UM CAMIÃO, HOJE DE MANHÃ, AS 09:45 REMOVIDO PELA VTR DO HOSP. PACT INSCONSCIENTE, APARENTEMENTE SEM SINAIS DE FRATURAS CABEÇA, COM FERIMENTO EM SUPERCILIO DIREITO, FRATURA DE NARIZ. TORAX, EXPANSÃO SIMETRICA, SEM SINAIS DE FRATURA. AUSCULTA COM RNCUS, ANTEC DE GRIPE. SEM SINAIS DE HEMO E PNEUMOTORAX. ABDOME, SEM SINAIS DE IRRABILIDADE. PELVIS, SEM SINAIS DE FRATURAS MMII, MMSS SEM SINAIS DE FRATURAS. PA 100/60 FC 79 FR SAT 90 EM MV 50% GLASGOW 4 (AO1, RV2, RM1) COM INDICAÇÃO DE IOT PARA PROTEÇÃO DE VIA AEREA. ACIONO USA EM COD 3 E CONTATO COM HWG/POLITRAUMA

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

28/07/2018 10:40:37 - Dr(a). CLÁUDIA MIREYA PAREDEZ

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: MEDICO ASSISTENTE RETORNA A LIGAÇÃO E REFERE TER REGULADO COM CECILIA DO POLITRAUMA. ORIENTO IOT NO PACT PARA PROTEÇÃO DE VIA AEREA. O MESMO QUE REFERE RETORNAR A LIGAÇÃO ASSIM QUE ELE REALIZE O PROCEDIMENTO. AGUARDO CONTATO PARA ACIONAMENTO DA USA. NO MOMENTO NOSSA UNICA USA, EM OCORRENCIA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

28/07/2018 10:54:44 - Dr(a). CLÁUDIA MIREYA PAREDEZ

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: PACT IOT, SEM SEDAÇÃO PUPILAS MIOTICAS, COM POUCA REATIVIDADE. APRESENTANDO BASTANTE SECREÇÃO TIPO SANGUINOLENTO EM VIAS AEREAS ALTAS. PACT CHOCADO ORIENTO DOIS ACESSOS VENOSOS, MANTER VENTILAÇÃO MECANICA USA LIBARADA AGORA DE UMA OUTRA OC. ACIONAMENTO EM COD 3

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 28/07/2018 10:26:04 Usuário: (RADIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS

Observação: Controle de frota: USA69 BASE INDISPONIVEL NO MOMENTO, ENCONTRA-SE NA OC 076157/1. HOJE SO FOI ATRIBUIDA UMA USA NA BASE. USAS DE JCAM E GOIA DESCENTRALIZADAS. USA DE CURRAIS NOVOS QUEBRADA DESDE ONTEM.

Data: 28/07/2018 10:58:19 Usuário: (RADIO OPERADOR) RENATO KLEBERSON DA SILVA

Observação: Controle de frota: LIBERADA A USA-69 MACAÍBA SAÍDA DO HOSPITAL MEJC MI SEGUINDO ADALBERTO

Data: 28/07/2018 14:01:44 Usuário: (EQUIPE ENFERMAGEM) MARILDA GOMES RODRIGUES HONORATO

Observação: REGULADO COM DRA CARLA NO POLITRAUMA. NO MOMENTO TEM RESPIRADOR.

Data: 28/07/2018 14:28:06 Usuário: (RADIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS

Observação: Controle de frota: USA69 BASE INFORMA PCTE AC DE DRA CARLA NO CLOVIS, PRANCHA, TIRANTE E COCHIN NO POLITRAUMA.

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
28/07/2018
10:06:40

Saída Local:
28/07/2018
13:12:00

Regulação Médica:
28/07/2018
10:54:44

Chegada Destino:
28/07/2018
14:08:00

Solicitação VTR:
28/07/2018
10:56:37

Liberação Destino:
28/07/2018
14:27:00

Saída VTR:
28/07/2018
10:58:17

Liberação VTR:
28/07/2018
14:27:51

Chegada Local:
28/07/2018
12:15:00

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 76172/1

Data: 28/07/2018

CHAMADO

TARM: SAYONARA DE ARAÚJO FERREIRA MELO

Médico Regulação: CLÁUDIA MIREYA PAREDEZ

Rádio Operador: ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS

Médico Cena: TIAGO DO NASCIMENTO BARBOSA

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 69 (MACAÍBA)

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

Nº:

Bairro:

Outro Bairro: CENTRO

Referência/Complemento:

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

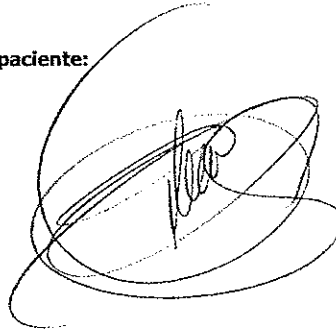
Observações Rádio Operador: USA69 BASE INFORMA PCTE AC DE DRA CARLA NO CLOVIS, PRANCHA, TIRANTE E COCHIN NO POLITRAUMA.

Queixa Primária: TRAUMATISMO CRANIANO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:



Observação do Apoio:

CONDUTA

☒ Remoção

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO 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:

:/

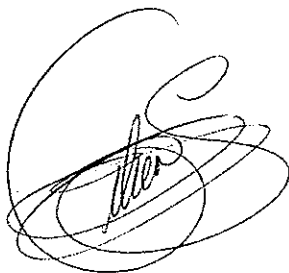
Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

☐ Sim ☒ Não

VIOLÊNCIA A VULNERÁVEIS?

☐ Sim ☒ Não





Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 120, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.195/0001-81 | 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

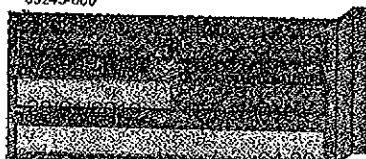
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI PALMATÓRIA 8975

ZONA RURAL/ÁREA RURAL
SERRA CAIADA RN
59245-000

015275183 UNICA 18/01/2019

10/01/2019 3001004578 1324502



| | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo (kWh) | 130,0000000 | 0,42409274 | 55,13 |
| Cobrança de ICMS sobre Subvenção GDE | | | 4,25 |
| Contrib. Ilum. Pública/Municipal | | | 8,58 |
| Multa por atraso - NF 015305458 - 16/11/18 | | | -0,83 |
| Juros por atraso - NF 015305458 - 16/11/18 | | | 0,88 |
| Compensação D/C Anual 2018 | | | -3,55 |

PROTOCOLO
RECEBIDO

14 FEV 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

TOTAL DA CONTA 64,00

| Nº DO MEDIDOR | Tipo DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | LEITURA | ATUAL DATA | LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|---------------|----------------|---------------|---------|------------|----------|------------|-----------|--------|---------------|
| 605029 | 1.1.1 | 15-01-2019 | 7:00,00 | 15-02-2019 | 18:38,00 | 30 | 1,0000 | | 131,00 |

| PERÍODO | VALOR DO MÊS ANTERIOR | VALOR DO MÊS ATUAL | VARIAÇÃO |
|---------------|-----------------------|--------------------|----------|
| JAN 19 131,00 | | | |
| FEV 19 127,00 | | | |

| ICMS | PIS | COFINS | OUTROS | TOTAL |
|-------|-------|--------|--------|-------|
| 55,13 | 18,00 | 9,92 | | 83,05 |

| CONTRIBUIÇÃO DO CONSUMO | VALOR | PERCENTUAL |
|-------------------------|-----------|------------|
| Consumo de Energia | R\$ 18,71 | 35,78% |
| Transmissão | R\$ 2,68 | 5,22% |
| Distribuição (Cosern) | R\$ 13,60 | 24,78% |

PROTOCOLO
RECEBIDO

25 ABR 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

RECEBIDO

25 ABR 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.



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

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 152, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.159/0001-61 | Ins. Est. 20055189-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE ERENILSON DA PENHA

CPF 024 336 394-09

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofase

| Nº DA NOTA FISCAL | SERIE | DATA |
|-------------------|---------------|------------------|
| 013370852 | UNICA | 08/10/2018 |
| APRESENTAÇÃO | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 08/10/2018 | 500244233 | 1354139 |

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TENENTE FRANCISCO ALVES DA
FONSECA 198

MARACUJÁ VÁRUA URBANA
SANTA CRUZ RN
59200-000

| CONTA CONSUMO | PERÍODO |
|---------------------|----------------------------|
| 0850885214 | 10/2018 |
| DATA DE VENCIMENTO | DATA PREVISÃO DE PAGAMENTO |
| 05/11/2018 | 08/11/2018 |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | |
| 416,61 | |

Consumo Ativo (kWh)
Acrescimo Bandeira VERMELHA
Contribuição Pública Municipal
Multa por atraso-NF 008025811 - 08/07/18
Multa por atraso-NF 010441852 - 07/08/18
Juros por atraso-NF 010441852 - 07/08/18
Juros por atraso-NF 008025811 - 08/07/18
Atualização IGP-M 010441852 - 07/08/18
Atualização IGP-M 008025811 - 08/07/18
Doação APAE - 3208-2668

| QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|-------------|-------------|-------------|
| 444,0000000 | 0,71010190 | 315,28 |
| | | 32,78 |
| | | 45,00 |
| | | 5,53 |
| | | 5,53 |
| | | 2,46 |
| | | 3,88 |
| | | 1,83 |
| | | 2,27 |
| | | 2,00 |

PROTOCOLO
RECEBIDO
25 ABR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

TOTAL DA FATURA

416,61

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | DATA | ANTERIOR LEITURA | DATA | ATUAL LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|---------------|----------------|------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|---------------|
| 11823807 | CAT | 05-09-2018 | 41 544,00 | 08-10-2018 | 42 085,00 | 32 | 1,0000 | | 444,00 |

| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO | | | | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO | | | |
|-----------------------|-------------|---|------------------|-----------------------|-------------|--------|------------------|
| PERÍODO | VALOR (R\$) | % | VALOR DO IMPORTE | PERÍODO | VALOR (R\$) | % | VALOR DO IMPORTE |
| OUT 18 444 | | | | Transmissão | R\$ 14,07 | 4,04% | |
| SET 18 367 | | | | Distribuição (Cosern) | R\$ 66,65 | 19,15% | |
| AGO 18 369 | | | | Perdas de Energia | R\$ 17,81 | 5,15% | |
| JUL 18 347 | | | | Encargos Setoriais | R\$ 18,76 | 5,39% | |
| JUN 18 367 | | | | Tributos | R\$ 112,28 | 32,29% | |
| MAY 18 388 | | | | Total | R\$ 348,88 | 99% | |
| ABR 18 487 | | | | | | | |
| MAR 18 430 | | | | | | | |
| FEV 18 486 | | | | | | | |
| JAN 18 388 | | | | | | | |
| DEZ 17 456 | | | | | | | |
| NOV 17 416 | | | | | | | |
| OUT 17 461 | | | | | | | |

Para não pagar mais por energia elétrica, é necessário manter a conta em dia. Caso contrário, a cobrança será feita por meio de penhora em nome do consumidor. A Tarifa Social de Energia Elétrica é destinada aos consumidores de baixa renda. Para saber mais informações, consulte o site www.aneel.gov.br. O cliente é responsável por manter a leitura correta do medidor. Caso contrário, a cobrança será feita por meio de penhora em nome do consumidor. Para saber mais informações, consulte o site www.aneel.gov.br. O cliente é responsável por manter a leitura correta do medidor. Caso contrário, a cobrança será feita por meio de penhora em nome do consumidor. Para saber mais informações, consulte o site www.aneel.gov.br.

Para saber mais informações, consulte o site www.aneel.gov.br. O cliente é responsável por manter a leitura correta do medidor. Caso contrário, a cobrança será feita por meio de penhora em nome do consumidor. Para saber mais informações, consulte o site www.aneel.gov.br.

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: 0800-1596 / 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

inscrito (a) no CPF/CNPJ 624.336.394-109 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCISCO INACIO DA SILVA Inscrição (a) no CPF sob o Nº 637.738.214-68

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDADE da Vítima FRANCISCO INACIO DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 637.738.214-68 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: TRAVESSIA FRANCISCO ALVES DA FONSECA</u> | Número: <u>799</u> | Complemento: <u>CASA</u> |
| Bairro: <u>MARCOZIN</u> | Cidade: <u>SARACURU</u> | Estado: <u>PA</u> |
| E-mail: | CEP: <u>59.200.000</u> | Tel.(DDD): |

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

JOSE ATANILSON DA PENHA

Assinatura do Declarante

PROTÓCOLO
RECEBIDO
25 ABR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

PROTÓCOLO
RECEBIDO
14 FEV 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=29635>

A Circular SUSEP 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 6.132/98.

Pelo exposto, eu JOSE ARNALDO DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 624.336.398-109 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCISCO INACIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 637.739.214-68

do sinistro de DPVAT cobertura INVALID da Vítima FRANCISCO INACIO DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 637.739.214-68 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | |
|---|----------------------------|-----------------------------|
| Endereço: <u>Rua: TENENTE FRANCISCO ALVES DA FONSECA</u> | Número: <u>739</u> | Complemento: <u>CASA</u> |
| Bairro: <u>MARCAZ</u> | Cidade: <u>SARAIANA</u> | CEP: <u>59.200-000</u> |
| E-mail: | Estado: <u>RA</u> | Tel.(DDD): |

Local e Data: Santa Cruz RN 02/05/19

JOSE ARNALDO 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, Falson 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: 9C2KQ08504R009855
Data do Acidente: 28/07/18

Local e Data:

Serra Caiada 07/02/2019

Assinatura do Declarante

OFÍCIO ÚNICO
DE SERRA CAIADA

FALSON COSME DE OLIVEIRA

PROTOCOLO
RECEBIDO

25 ABR 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

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:
Falson 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
Tabelão Substituta

PROTOCOLO
RECEBIDO
14 FEV 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Fra e Zineiro de fíla,
vibru de acalst em
m. Bealeto, a prentab
TCIE e Frauf. ab ml E.
Oxyergo m. e s. 70
s. p. m. e s. 70
ch. e p. e s. 70
e p. e s. 70
ab. o. o. g. a. p. e s. 70

23478


Dr. Francisco Wanderley Rebouças
Médico - Ortopedista
CRM 537 - RN
CPF: 044.229.294 - 53

RECEBIDO
2.5 ABR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

FONES 9.9984-0978 / 9.8706-9468
Rua Dr. Pedro Medeiros, 06 - Santa Cruz/RN

PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA CAIADA
HOSPITAL E MATERNIDADE DONA TECA

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

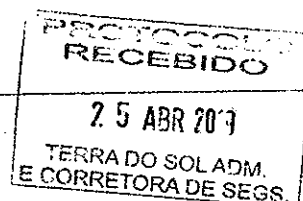
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 20

Nome: Fran Amoo Inacio da Silva Profissão: _____
Data de Nascimento: 12/06/1968 Idade: 50 Anos Sexo: ☒ Masculino () Feminino
Cor: Parda Escolaridade: _____ Tel.: _____
Naturalidade: Bl. de Souza Estado Civil: _____ Identidade: 001 2847
Cartão SUS: _____
Filiação (Mãe ou Pai): Priscila Lopes Ferreira
ENDEREÇO: Cidade Palmaria Nº _____
Bairro: Zona Rural Complemento: _____ CEP: _____
Cidade: Serra Caiada Data: 28/07/18 Hora: 09:53

APRESENTAÇÃO DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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



Outros _____

Tz e wane.

PROCEDIMENTO PA: 300 x 60 SpO2

Monitor com 1, Respirator com 2, Respirator motor 2 f.

Roberto M. Colun.

LIBERAÇÃO DO PACIENTE:

Dr. Paulo F. Lima
Clínico Geral
CRM 7547

SUS-708105811956710

del 987079153



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

(HWC)

Mae - Regius Lopes Severus 51
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº

NOME: Lucas da Silva
IDADE: 12/05/1968 COR: BRANCO SEXO: MASC ESTADO CIVIL: CASADO
NATURALIDADE: SEARA DO PROFISSÃO: TRABALHADOR PROCEDÊNCIA:
ENDEREÇO: SILVIO PALMEIRA BAIRRO: ZONA RURAL
CIDADE: SEARA DO 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)

Fratura punho

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

| HORA | PRESSÃO ARTERIAL | RESPIRAÇÃO | GLASGOW | SCORE FINAL | TEMP | PULSO |
|------|------------------|------------|---------|-------------|------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

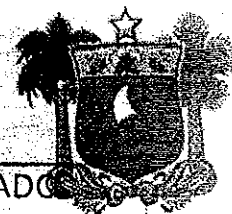
096921-4
CONFERE COM ORIGINAL
S. Servidor

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura 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: PALMATÓRIA, 1 Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO
CEP: 59245000 Bairro: SERRA CAIADA
Telefone: 84.987279153 Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA
Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

| | | | | | | | | | |
|-------------|-----|-------|------|------|------------------------------------|-------|---------|-----|--|
| Fluxograma: | | | | | Discriminador: | | | | |
| OBS: | | | | | Classificação: 28/07/2018 14:12:45 | | | | |
| P.A. | HGT | SatO2 | FiO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VÍTIMA 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 colisão foi internado na unidade básica.
Mob flácido

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A - Vias aéreas c/ TOT e em VM.
- B - MV c/ sons rítmicos S/R.
- C - Bo pulm.
- D - Glasgow 9T.
- E - Hemisfério parietal direito.

TOMOGRAMIA/HMWG

Data: 28/07/18 Hora:

Técnico:

Exame: Mamografia/Thorax

Médico: Alex Barb

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

TORAX grave + Politrauma

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

096921-4
CONFERE COM ORIGINAL
U-de Valente
Servidor
Sr. Barboza

| | | | |
|---|--|---|--|
| MÉDICO (Carimbo) | | CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo) | |
| <div>ROGERIO SANTI Ortopedia e Traumatologia CRM 1226-5801-1341</div> | | | |
| ENTREGUE | | A FAMILIA | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| S.V.O. | | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| L.T.E.P. | | <input type="checkbox"/> | |
| OBITO | | / / | |
| HORA | | / / | |
| DATA | | / / | |
| RETIROU-SE POR | | DECISÃO MÉDICA | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| A REVELIA | | <input type="checkbox"/> | |
| HORA | | HS | |
| FICOU NO LOCAL | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| INTERNO NO SERVIÇO DE | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| REMOVIDO EM | | HORA | |
| / / | | PARA | |
| DESTINO DO PACIENTE | | | |
| <div>Ass. do Responsável</div> | | | |
| <div>2 + 1 por MST</div> | | | |
| <div>2 + 1 por MST</div> | | | |
| CONDUTA | | | |
| <input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA | | <input type="checkbox"/> NEUROLOGIA | |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA | | <input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL | |
| <input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA | | <input type="checkbox"/> OTORRINO | |
| <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA | | <input type="checkbox"/> ORTOPIEDIA | |
| <input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR | | <input type="checkbox"/> BUÇO-FACIAL | |
| <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA | | <input type="checkbox"/> UROLOGIA | |
| <input type="checkbox"/> G. PLÁSTICA | | <input type="checkbox"/> | |
| ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE | | | |
| <div>Ass. do Responsável</div> | | | |
| EXAMES COMPLEMENTARES | | | |

DECIDIR

OBITO:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

A Revella ☐

Transferido para:

SAÍDA

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA

DATA:

HORA:

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

Desatender a criança e entregar ao paciente após a sua lib

Medico (Carimbo)
CRM 421/100
Ortopedista
Rafael Santos

OBITO:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

A Revella ☐

Transferido para:

SAÍDA

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA

DATA:

HORA:

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

Assinatura e Carimbo do Responsá

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável
CRM 421/100
Residência em Cirurgia
Rafael Santos

CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

OUTROS

LABORATÓRIO

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

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

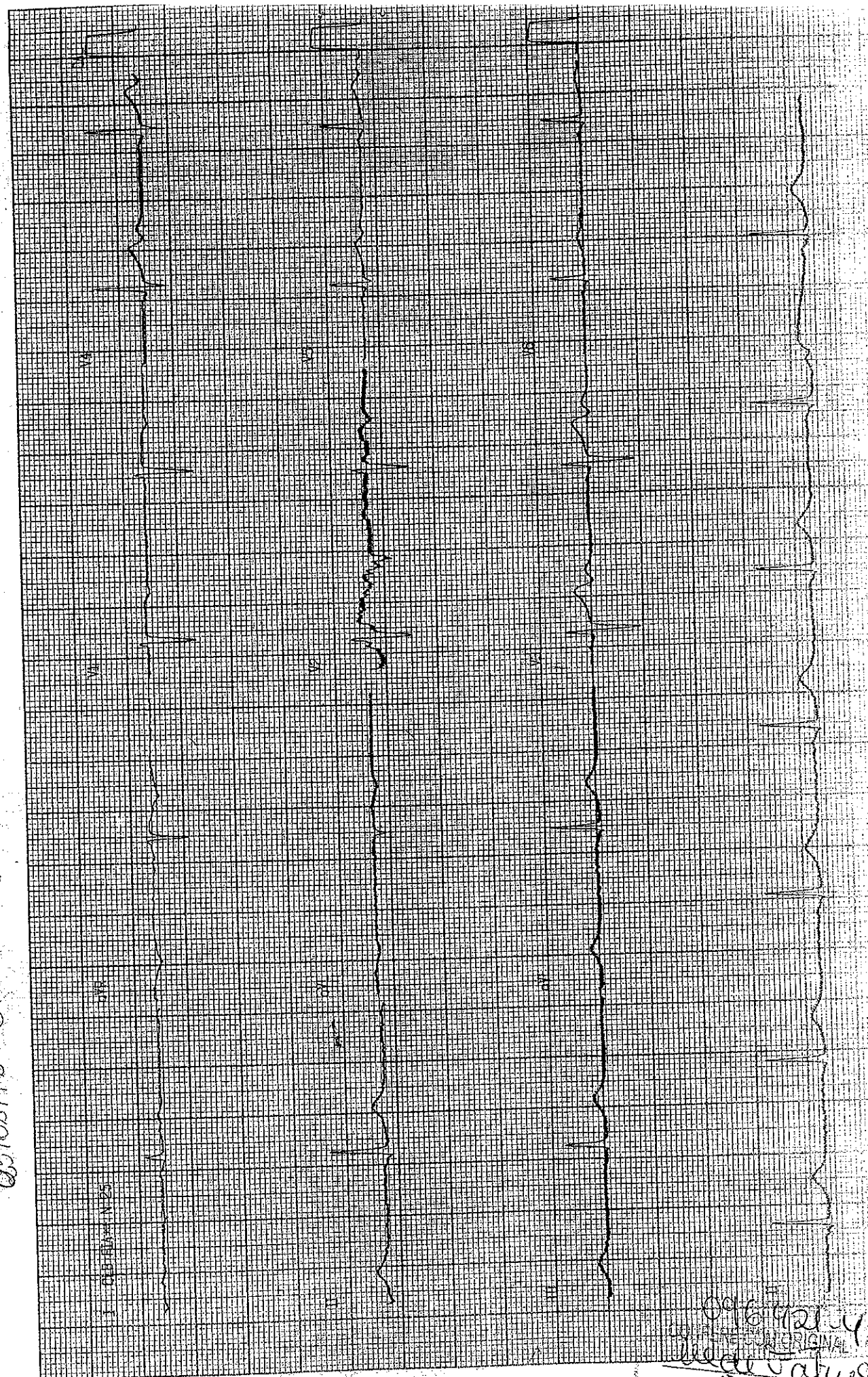
EXAME FÍSICO

ANAMNESE

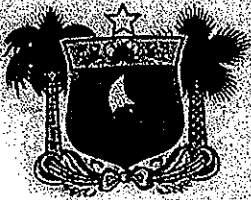
ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: SMT

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE, PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

Fre Início da Sma
05/08/18 8h L.08



0964214
COPIA ORIGINAL
M. S. Carlos
Senior



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

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.

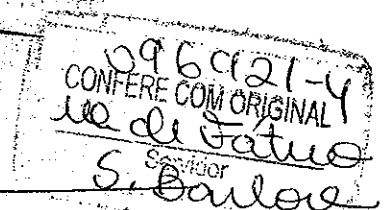
Aspecto anatômico das cisternas da base.

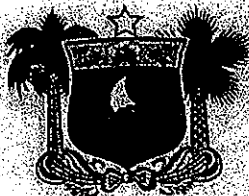
Não há evidência de processo expansivo intracraniano.

Achado adicional:

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

Laudado Por:
Odilon Ottoni Guimarães Neto
CRM-RN 5012 / RADIOLOGISTA





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



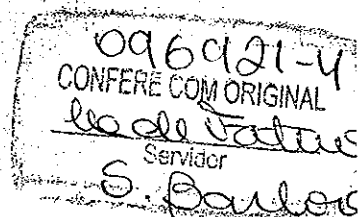
Paciente: FRANCISCO INACIO DA SILVA
Data: 06/08/2018

Fraturas nos seios maxilares e zigomático direito.

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

Laudado Por:

Odilon Otton Guimarães Neto
CRM-RN 6008 / RADIOLOGISTA





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA
ORTOPEDIAREGULAÇÃO
WALFREDO GURGEL

ENFERMARIA Nº

LEITO

PRONTUÁRIO

161800

DATA

HORA

CATEGORIA

GIH

01/08/2018

11:56

DATA DE NASCIMENTO

12/05/1968

PACIENTE

FRANCISCO INACIO DA SILVA

ESTADO CIVIL

CASADO

PROFISSÃO

AGRICULTOR

ENDEREÇO (RUA, Nº)

SITIO PALMATORIA, 8975

MUNICIPIO

SERRA CAIADA

BAIRRO

ZONA RURAL

UF

RN

CEP

59245-000

TELEFONE

LOCAL DE TRABALHO

FILIAÇÃO

REGINA LOPES FERREIRA

JOSE INACIO DA SILVA

TELEFONE

98871-8757

RESPONSÁVEL

FLAVIO DA SILVA INACIO (FILHO)

ENDEREÇO

DIAGNOSTICO PROVISÓRIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

OBITO

HISTORIA CLINICA

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

096921-9
CONFERE COM ORIGINAL
do de Fátima
S. Barros



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

4- CNES

HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA

3515168

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 PALMATÓRIA, 8975

16- MUNICÍPIO

SERRA CAIADA

17- BAIRRO

ZONA RURAL

18- UF

RN

19- CEP

59245-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Deficiência do membro superior direito

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

EC + EF + EX

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

Ulcera de pressão

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

Fratura do punho

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Dr. Edmar Dantas
CRM - 942
Ortopedia e Traumatologia

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

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)

36- () AC. TRANSITO

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () ACI. TRABALHO-TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGAO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

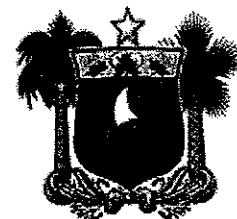
51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

09.09.2014
CONFERE COM ORIGINAL
de do Dr. Edmar Dantas
Dr. Edmar Dantas



PUNHO AP 74.9 %
Id. Paciente: POL 00
Paciente: FRANCIO INACIO DA SILVA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PUNHO PERFIL 69.6 %
Técnico: THIAGO HFD
Idade: 0 ano(s)



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: 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

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 08/08/2018 17:46:52

| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FORIE | 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 ven
dando REE/MOIO em 28/07/18. Acabou internado com o ven
ven e esteve no deoclecio por culpa do ortopedico no MSE, porém voltou
com Afasia! Analisa o deoclecio e he evidência de lesão
Subdural frontal (E)

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

| | | |
|---|--|-----------------------------|
| A | | Com obnubilamento de espere |
| B | | sem dor, osteo, pos |
| C | | um |
| D | | Hipismo subdural? HSE? |
| E | | |

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

No momento, Espere e Afasia
Afasia / Alente / Pupila no / HSE / HSE

Medico: _____
Exame: _____
Técnico: _____
Data: 08/08/2018
TOMOGRAFIA/AXIAL

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

REE

Cd: Interrogação Hospitalar (Solicitado exames lab.)
Boita: amiloidose da membrana de revestimento do osso e exames

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 18/09/18
MAT. Nº.
SAME
ASSINATURA
Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: Intenso

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: não

DATA: 09/09/18

HORA: 18:30L

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

I.T.E.P. ☐

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

I.T.E.P. ☐

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

EVOLUÇÃO MÉDICA

Nome: Francisco Inácio da Silva Idade: _____ Nº Reg.: _____
 Serviço: _____ Enfª: _____ 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 um 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-
 mostrou hematoma subdural?

CONFERE COM ORIGINAL
 NATA. 18/10/91
 MAT. Nº. 18/10/91

Comorbidades:

- Distúrbio psiquiátrico - uso crônico -
 clonazepam, neozine, gentalina,
 risperidona, clonazepam (após AVC em 2011)
- DM
- HAS
- AVC prévio em 2011

No momento - ECG 13

ACV: RRR FC: 52

PA: 136 x 70

FR: 14

FiO2: 100% (ar ambiente)

OBS: Anexo laudo TC.

Carla,
 Cécilia Lopes Matos
 Médica
 -RMRN 5305



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 da Silva</i> | 6 - Nº DO PROTOCOLO | | | | | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL / SUS | 8 - DATA DE NASCIMENTO | 9 - SEXO | MASCULINO | <input checked="" type="radio"/> 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 de peso e não fuel de julho (13) evoluiu com febre. Alente. Respirar.</i> |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Clínico + Respirar</i> |

| |
|--|
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Reforma = Colep Subdural hontel (E) com (Aprova? Hese?)</i> |
|--|

| | | | |
|---|----------------------------------|---------------------|------------------------|
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Colep 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> | 26 - CARATER DA INTERNAÇÃO <i>CONFERE ORIGINAL</i> | 27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>NATAL</i> |
| 28 - DATA DO PROCEDIMENTO <i>10/09/18</i> | 29 - DT SOLICITAÇÃO <i>10/09/18</i> | 30 - CNES / CPF <i>SAM</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 | | | |
| 41 - CID PRINCIPAL | | DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL | |
| 42 - CID SECUNDÁRIO | | 43 - () | 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA |

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) | |



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: 19:45

#NCR- ADMISSÃO #

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CAMINHÃO HÁ 11 DIAS.
EVOLUIU COM RNC + DEFICIT MOTOR A (D). TC DE CRÂNIO EVOLUIU COM COLEÇÃO
SUBDURAL E ESGUERDA, SÍNDROME DE LINCOLN. NO MOMENTO FALAM-SE COMPOSTO,
DESCOBRINDO NO TÍMPO/ESMAÇO. TEM RISCO DE AVULSÃO EM ZONA, SEM SEQUELAS.

PACIENTE, DUCO, DISTÚRBIO ISQUIÊMICO (ACOMPANHADO NO SÍNDROME MORTAL)

MEDICAMENTOS: CARBAMAZEPINA 3x, NEODINE 1x, FENOTEROL 1x, PARALITOL 2x, ALONDA 2x

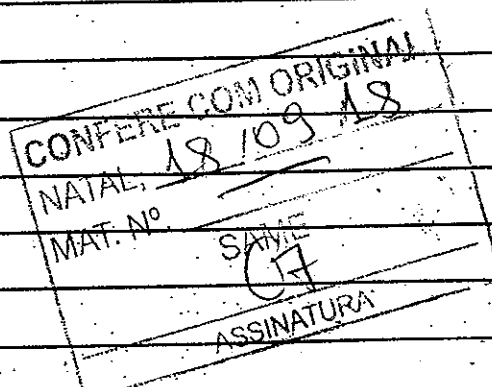
GLIZENCLAM 12/124; MISTURADO 8500 3x

AD EPI 1 SOCORRO, RNC, CONSCIENTE, DESCONHECE, GLIZENCLAM 4+4+6=14, S/247.00
FOUL. NÃO LEMBR, NÃO PRESENTA.

COLO: (1) SOLICITAÇÃO TRANS. HEPATITIS
(2) FASE INICIAL

+ DR JAO BERTO

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





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: Prômio Gurgel Nº Registro: _____
Serviço: NCR M17 Idade: _____ Leito: _____

~~HISTÓRIA~~ EVOLUÇÃO

09/08/2018 TCE HSD e E sem DTM

Parado de AVC

Paciente portador de alterações
anatomias, afunilamento de TCE
há 15 dias. ECG 13 (0.9, 2.4, 4.6)
mantém função neurológica
sem alterações; s/ déficits
motor; s/ alterações

Dr. Hélio Clemente Dore
Neurologia - 10/08/2018

12/08/18 NCR TCE HSD Aamer.

- Sono. Incontinência urinária
- Dispendio ao chamado
- Sem déficits.
- Ao 2º andar

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 18/09/18
MAT. Nº. _____

Juliana Lira Lira
5674

13/08/18

5º DIH : AVC; prévio em 2018

Distúrbio psiquiátrico

TCE prévio por AAF

Síndrome de transtorno prévio à esquerda

Higiene laminar frontal (E) sem efeito de massa

Fratura em ponto de vista (E)

Paciente evolui estável, sem intercorrências

Verbalizando

Sono

movimentos do 4 membros

Exames labo OK

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

14/08/18 Paciente mantém a cabeça neutra
Verbaliza, respira, com movimentos
músculos do 4 membros; s/ alterações
No 1º andar

Dr. Hélio Clemente Dore
Neurologia - 10/08/2018

**GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE**

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

**FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL****Identificação**

Enfermaria: Neurocirurgia Leito: 17 UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 08/08/2018 Alta: 1/1/1
Nome: Francisco Inácio da Silva Naturalidade: Indaial - SC
Idade: 50 Sexo: (☒) Masculino (☐) Feminino Data de Nascimento: 12/05/1968
RG: 001.284.756 Estado Civil: Casado Nível de Instrução: Básico
Filiação: Pai: Yose Inácio da Silva
Mãe: Régina Lopes Ferreira
Endereço: Sítio Palmatória Cidade: Serra Caiada
Telefone: 8897-4772 (☐) Residencial (☐) Trabalho (☐) Recado
Contato: 8871-8757 Outros telefones: _____
Composição familiar: 04
Outras informações: Faz uso de (☐) Alcool (☒) Fumo (☐) Drogas (☐) Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Agricultor Trabalho c/ vínculo empregatício (☒) Não (☐) Sim
(☐) Aposentado (☐) Auxílio doença (☐) BPC (☐) Autônomo (☐) Pensionista (☐) Desempregado
Programas e Serviços: (☐) Passe Livre (☐) Bolsa Família (☐) PETI (☐) PSF (☐) CAPs (☐) SAD
Internação decorrente de acidente de trabalho? (☒) Não (☐) Sim Nome da Empresa: _____

Forma de Acesso ao Serviço

(☐) Sozinho - procurou atendimento (☐) Trazido por familiares (☒) Trazido pelo SAMU
(☐) Socorrido em via pública (☐) Outros meios: _____
(☐) Encaminhado: Hospital de origem: Hospital discórdia

Crítérios para Acompanhante

Possui requisitos? (☐) Não (☐) Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: (☐) Auditiva (☐) Visual (☐) Física (☐) Mental
Responsável pelo paciente: Lindalva Angelo da O. Inácio
Parentesco: esposa Telefone: 8897-4772
Endereço do Responsável: O mesmo do paciente

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

08-08- Paciente vindo do Hosp discórdia p/ avaliação,
4 quixa AVC, acompanhado p/ familiar, solicita
de após de documentos
08/08/18

Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP (☐) SVO (☐) DO (☐) Obs: _____
Alta hospitalar (☐) Transferência (☐) Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____

10/08/18
TCE

Coleção subdural esquerda
sem DLM.

Paciente de AVCI
Dist. progressiva

Dr. Herbert Clemente Dore
Neurologia, Neurocirurgia
UFRJ

NOR 10/08/18

Pdx evolui sem melhora
neurologia, porém após o hemiparêse
direita.

Exames laboratoriais de

07/08 - OK

Pep nova TC de crânio

13/30

Dr. Herbert Clemente Dore
Neurologia, Neurocirurgia
UFRJ

Parese leve
e impens, semelhante ao
exame anterior, mantendo
também status neurológico.

11/08/18

Dr. Herbert Clemente Dore
Neurologia, Neurocirurgia
UFRJ

Paciente vigil,
já verbalizando, porém com déficit
de compreensão, portador de déficits pri-
mariamente. Status neurológico
controlado. Conduta mantida.

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

EVOLUÇÃO

| DATA | TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO MÉDICO QUE A FEZ |
|----------|---|
| 08/08/18 | <p>Solicitação de avaliação pela neuro-cirurgia (contato prévio com Dr. Sérgio Dantas)</p> <p>Paciente, 50 anos, vítima de colisão moto - caminhão em 28/07, com trauma no joelho e fratura de perna (E). Foi atendido no HUG - realizou TC - e foi encaminhado p/ este hospital para ortopedia dia 01/08.</p> <p>No dia 02/08 evoluiu com AVC e déficit motor à direita, realizou TC de crânio sem alterações evidentes.</p> <p>Repetiu TC em 06/08 que inter - mostrou hematoma subdural?</p> <p>Comorbidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distúrbio psiquiátrico - uso crônico de zolpidem, neozine, quindal, risperidona, clonazepam (após AVC em 2011) - DM - HAS - AVC prévio em 2011 <p>No momento - ECG 13</p> <p>ACV: RRR TC: 52</p> <p>PA: 136 x 70</p> <p>FR: 141</p> <p>FiO2: 100% (ar ambiente)</p> <p>Obs: Anexo laudo TC.</p> <p style="text-align: right;">Cristina Lopes Mota Médica CRM/RN 5305</p> |

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL 18/08/18
 MAT. Nº. 18/08/18

DADOS DO CLIENTE

LINDALVA ANGELO DA SILVA INACIO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

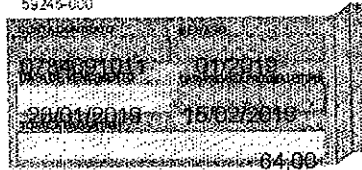
SI PALMATORIA 9975

CPF 034 446 974 30
CLASSIFICAÇÃO

ZONA RURAL/ARCA RURAL
SERRA CAIADA RN
59245-000

RZ RURAL
AGROPECUARIA RURAL

| | | |
|-----------|------------|------------|
| 519274185 | CECA | 18/01/2019 |
| 160115 | 0001004570 | 13745527 |



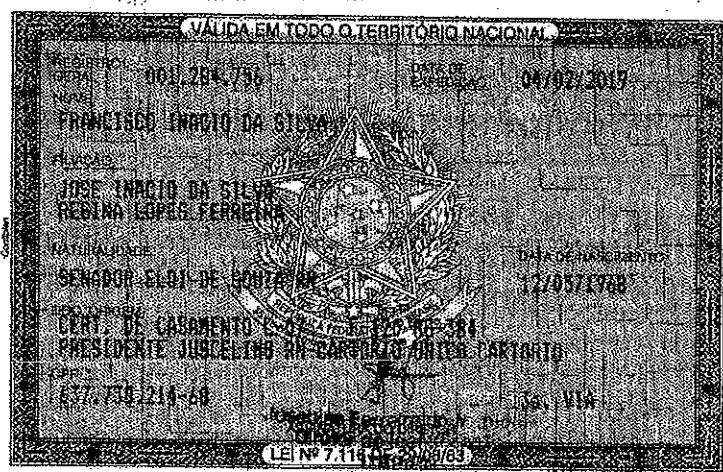
| | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Consumo Atual (kWh) | 135 0000008 | 6 43458274 | 86,13 |
| Contribuição de ICMS sobre Subvenção CDE | | | 4,25 |
| Contrib. Imp. P.ública/Municipal | | | 5,56 |
| Multa por atraso (R\$ 015005450 - 16/11/18) | | | 0,83 |
| Juros por atraso (R\$ 015005450 - 16/11/18) | | | 5,68 |
| Compensação CDE Anual 2018 | | | -3,55 |

| Nº DO MEDIDOR | Tipo DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | LEITURA | ATUAL DATA | LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|---------------|----------------|---------------|------------|------------|---------|------------|-----------|--------|---------------|
| 105621 | | 1,00 | 16-01-2019 | 16 236,00 | 10 | 1,00000 | | | 1 301,00 |

| DETALHES | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | Detalhamento do Consumo | RS | 10,71 | 15,75% |
|--------------|-----------------|-------|------------------|-------------------------|-----|-------|--------|
| ANEX 12 | ICMS | 10,71 | 14,25 | Transmissão | R\$ | 0,86 | 5,32% |
| DET 13 - 121 | PIS | 10,71 | 14,25 | Distribuição (Cosern) | R\$ | 13,88 | 24,78% |




PROTÓCOLO RECEBIDO
25 ABR 2019
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS.



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

FORMAÇÃO DE 1974
1974 DO 3º ANO



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

FE PÚBLICA: (Art. 10, inciso II, da Constituição
da República Federativa do Brasil)

POLÍCIA MILITAR

13.103 - 26.07.1999
REGISTRO Nº - DATA DA INCORPORAÇÃO

NOME
JOSE ERENILSON DA PENHA

| | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| POSTO/GRAD CB QPMF-0 99.363 | CPF 024.336.394-09 | MATRÍCULA 162.734-1 |
|---|------------------------------|-------------------------------|

JOSE ERENILSON DA PENHA
ASSINATURA DO IDENTIFICADO


DIREITOS E GARANTIAS DEVIDOS POR LEI Nº 10.438/02

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--|
| Id- FBM P08 | André Xavier da Penha | | |
| ALTURA 1,74 m | FILIAÇÃO Rosa Pereira da Penha | | |
| PIS / PAGER | DATA NASC | ID | |
| 19011684276 | 08 10 1975 | V-4444 V-4444 | |
| CUTIS | CABELO | OLHOS | |
| Branca | Cast CI Ond | Cast CI | |
| NATURAL DE Santa Cruz/RN | | | |
| LOCAL E DATA DE EMISSÃO Natal/RN, 30 de dezembro de 2015 | | | |
| <small>O TITULAR TEM ACESSO EM LOCAIS PÚBLICOS E PRIVADOS, SUJEITOS A FISCALIZAÇÃO POLICIAL CONFORME PREVISÃO DO ART. 10 DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DO BRASIL, DE 1988.</small> | | | |
| <i>André Xavier da Penha</i> Assessor Especial de Segurança Pública - CAP QOPM CHEFE DO SERVIÇO DE IDENTIFICAÇÃO DA PMRN | | | |

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

2 5 ABR 2019

**TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.**

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

Cosern
Companhia Energética do Rio Grande do Norte

Rua Manoel Azeiteiro, 400 - Bairro: Natal - Rio Grande do Norte - CEP 59060-000

| Dados do Veículo de placa MNB3814 | | | | | | Em 26/04/2019 10:31:46 | |
|--|---------------------|--|--------------------|----------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|
| Placa | Renavam | Placa Anterior | Tipo | Categoria | Espécie | Lugares | |
| MNB3814 | 828172900 | MNB3814/PB | 4-MOTOCICLETA | 1-Particular | 1-Passageiro | 2 | |
| Marca/Modelo | | Fabricação/Modelo | | Potência | Combustível | Cor | Carroceria |
| 002808-HONDA/CG 150 TITAN ES (Nacional) | | 2004/2004 | | 0 | 2-Gasolina | 14-VERDE | 999-NAO APLICAVEL |
| Nome do Proprietário | | | | | Recadastrado DETRAN | | |
| JALSON COSME DE OLIVEIRA | | | | | DetranNet | | |
| Proprietário Anterior | | | | | Situação Lacre | | |
| FRANCISCO VICENTE JUNIOR | | | | | REGULAR modelo antigo | | |
| Município de Emplacamento | | Licenciado até | | | Adquirido em | Situação | |
| SERRA CAIADA | | 2016 em 26/02/2016, Licenciamento Anual no lote 009781, AR=RD929903134BR (CRLV emitido)(Via 1) | | | 02/03/2011 | Em Circulação | |
| Restrição à Venda | | | | | Carnê de Licenciamento | | |
| Sem gravame | | | | | 2019 | | |
| | | | | | Ainda não gerado | | |
| Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gerenciamento | | | | | | | |
| Nenhuma informação pendente até esta data | | | | | | | |
| Impedimentos | | | | | | | |
| Nenhum impedimento registrado até esta data | | | | | | | |
| <div style="text-align: center;"> PROTOCOLADO RECEBIDO 25 ABR 2019 TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS </div> | | | | | | | |
| Listagem de Débitos | | | | | | | |
| Classe (Clique abaixo para a emissão da GUIA) | Número da Guia | Vencimento | Valor Nominal(R\$) | Valor Atual(R\$) | | | |
| Licenciamento Anual 2017 | 3111234.9.082308905 | 23/03/2017 | 60,00 | 86,43 | | | |
| Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2017 | 9.00082308906 | 11/04/2017 | 185,50 | 185,50 | | | |
| Licenciamento Anual 2018 | 3111234.9.091689349 | 30/04/2018 | 90,00 | 117,89 | | | |
| Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2018 | 9.00091689350 | 30/04/2018 | 185,50 | 185,50 | | | |
| Licenciamento Anual 2019 | 3111234.9.101776408 | 21/03/2019 | 90,00 | 101,51 | | | |
| Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2019 | 9.00101776409 | 11/04/2019 | 84,58 | 84,58 | | | |
| Postagem CRLV c/ AR (CORREIOS) 2019 | 3111234.9.108698734 | 21/03/2019 | 7,00 | 7,00 | | | |
| TAXA BOMBEIROS - MOTO (Efeito Suspensivo -) 2019 | 3147908.9.108698735 | 21/03/2019 | 15,00 | Suspensão-Decisão Judicial | | | |
| Total dos Débitos | | | R\$ 717,58 | R\$ 768,41 | | | |
| Taxas Detran | Seguro DPVAT | IPVA | Multas | | | | |
| 327,83 | 455,58 | 0,00 | 0,00 | | | | |
| Infrações em Autuação | | | | | | | |
| Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento. | | | | | | | |
| Listagem de Multas | | | | | | | |
| Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento. | | | | | | | |
| Último Processo | | | | | | | |
| Processo | Interessado | Início em | | | | | |
| 60000489/2011 | 10841222436 | 31/03/2011 às 11h46min | | | | | |
| Situação | | Final em | | | | | |
| Encerrado | | 11/04/2011 às 09h35min | | | | | |
| Serviço | | Execução em | | | | | |
| Transferência de Propriedade | | Em 31/03/2011 às 11h46min por 10594094453 | | | | | |
| Geração de guia de pagamento | | Em 31/03/2011 às 11h46min por 10594094453 | | | | | |
| Auditoria | | Em 11/04/2011 às 09h35min por 14085739468 | | | | | |
| Emissão CRV(1ª via) | | Em 11/04/2011 às 10h20min por 31894240472 | | | | | |
| Recurso de Infração | | | | | | | |
| Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento. | | | | | | | |
| Histórico de Impedimentos | | | | | | | |
| Nenhum impedimento cadastrado para este veículo. | | | | | | | |

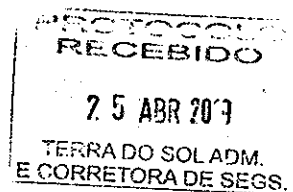
**Não Possui valor como
NADA CONSTA !**

Voltar

SOLICITAÇÃO

EU, LINDALVA ANGELO DA SILVA, RG: 001.941.550, CPF: 034.446.974-30, RESIDENTE NO SÍTIO PALMATÓRIA, Nº: 8975 ZONA RURAL DE SERRA CAIADA/RN, CURADORA E RESPONSÁVEL PELA VÍTIMA, FRANCISCO INÁCIO DA SILVA, RG: 001.284.756, CPF: 637.738.214-68, RESIDENTE NO MESMO ENDEREÇO; VENHO ATRAVEZ DESTES PEDIR E EXIGIR, QUE O PROCESSO DE INVALIDEZ DO SEGURO DPVAT Nº: 3190132998, SEJA AVALIADO MELHOR, ONDE O MESMO FOI NEGADO INJUSTO, O MESMO PASSOU POR PERÍCIA MÉDICA E O PERITO APROVOU SUA INVALIDEZ E AS SEQUELAS EXISTENTE, APROVANDO ATÉ UM VALOR PARA O MESMO RECEBER POR INDENIZAÇÃO, MAS OUVIU UMA AUDITORIA E O AUDITOR NEGOU O PROCESSO INJUSTAMENTE; ENTÃO EU NÃO ACEITO ESSE RESULTADO POR A VÍTIMA SE ENCONTRAR INVALIDA E COM SEQUELAS GRAVÍSSIMAS, O MESMO NÃO FALA, NÃO ANDA, NÃO SE ALIMENTA SO, USA FRALDA DESCATÁVEL E SE LOCOMOVE NUMA CADEIRA DE RODAS. POR TANTO, É MUITA RINDADE DESSE AUDITOR FAZER UMA COISA DESSE. ENTÃO PESSO QUE AVALIE MELHOR ESSE PROCESSO, E SE FOR O CASO, PODE MANDAR ELE PARA UMA PERÍCIA MAS UMA VEZ, VOU GASTANDO E PEDINDO FAVOR AO HOSPITAL PARA CONSEGUIR UMA AMBULÂNCIA PARA LEVAR O MESMO PARA PERÍCIA. OU SE NÃO VOU TER QUE PROCURAR A JUSTIÇA, POR TAMOS SENDO INJUSTIÇADOS. TAR EM ANEXO LAUDOS MÉDICOS PROVANDO QUE ELE SE ENCONTRA INVADIDO TOTALMENTE.

O MAIS AGRADEÇO A COMPREENÇÃO.



Lindalva Angelo da Silva Inácio

ASS. DECLARANTE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190292663 **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: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO. P10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONSTA LAUDO MÉDICO PAG 1.
ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL (AMD) REALIZADA APÓS SINDICÂNCIA EXTERNA COM FILMAGEM AUTORIZADA PELA VÍTIMA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 |

PROTÓCOLO RECEBIDO

25 ABR 2019

TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

PROCURAÇÃO PARTICULAR - SEGURO DPVAT

Outorgante (Vítima/Beneficiário não alfabetizado):

Nome: FRANCISCO INACIO DA SILVA Data do acidente: 28/07/2018
cobertura INUR estado civil: CASADO Profissão: ALPOSINHO
portador(a) do RG 001.284.756 órgão expedidor 116P e do CPF: 632.738.214-68
residente no(a) SI PALMATORIA nº 8975 bairro: ZONA RUA
município: SANTA CRUZ

Outorgado (Procurador):

Nome: JOSE ELTONSON DA PENHA brasileiro(a),
estado civil: CASADO Profissão: PARCEIRO MUITO portador(a) do RG 73.703
órgão expedidor PM e do CPF: 024.336.394-09 residente no(a) PM: TERRA DO SOL
nº 198 bairro: MARACÁ
município: SANTA CRUZ

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 - RU 04/02/2019
Nome: LINDA MARIA ALVES DA SILVA CPF: 035.702.944-65
034.446.974-30
Angelo da Silva
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Nome: JOSE ELTONSON DA PENHA CPF: 008.868.394-08
André Xavier 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!!!

ATENÇÃO: VER VERSO
de Nota

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

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Quindalga Angela de
Almeida
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade
Em 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)
Quindalga Angela de
Almeida
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade
Em 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)
Quindalga Angela de
Almeida
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade
Em 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)
Quindalga Angela de
Almeida
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade
Em 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)
Quindalga Angela de
Almeida
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade
Em 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)
Quindalga Angela de
Almeida
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade
Em Rocha
Tabelia Pública

Valido Somente com o selo de autenticidade e fiscalização

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0139992/19

Número do Sinistro: 3190292663

Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA

CPF: 637.738.214-68

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 28/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO INACIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE ERENILSON DA PENHA : 024.336.394-09

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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: 02/05/2019
Nome: JOSE ERENILSON DA PENHA
CPF: 024.336.394-09

JOSE ERENILSON DA PENHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA