

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/07/2018

Titular do CPF: FRANCISCO INACIO DA SILVA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação 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

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, 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



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, 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 ASI:

CPF da vítima:

637.738.214-68 Francisco Inacio da Silva

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS/FATADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Francisco Inacio da Silva

CPF:

637.738.214-68

Número:

3975 CASA

Complemento:

Profissão:

APOSENTADO

Endereço:

51 PALMÁTÓRIA

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

SANTA CRUZ DO PARANÁ

Estado:

PR

CEP:

53245-000

E-mail:

34-98845-4125 ou 24-98897-5772

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$0.001,00 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 - ASSINAR UMA OPÇÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (297) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0906

CONTA: 4336

21

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE 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 requisição 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, baseado no documento apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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.

RECEBIDO
14 FEV 2019
TERRA DOS VENTOS
ECOFORUM
MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CÓBERTURA 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 Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome: maria lucia da silva Paula
CPF: 035.202.984-65Assinatura
+ Maria lucia da silva Paula2º | Nome: audri farias da pena guto
CPF: 009.469.394-08Assinatura
+ audri farias da pena guto

Assinatura da vítima/beneficiário (depois de DEBITO)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL

Santa Cruz/RN

Edisânia Marques Rocha

Escrevente Autorizada

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)

Edisânia Marques de Souza

Luzecilda

Santa Cruz(RN)

Valido Somente com o selo de

autenticidade e fiscalização

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade

Edisânia Marques Rocha

Tabelia Pública

Escrevente Autorizada

Edisânia Marques Rocha

Santa Cruz/RN

Valido Somente com o selo de

autenticidade e fiscalização

Valido Somente com o selo de

autenticidade e fiscalização

Valido Somente com o selo de

autenticidade e fiscalização

Valido Somente com o selo de

autenticidade e fiscalização

Valido Somente com o selo de

autenticidade e fiscalização

Valido Somente com o selo de

autenticidade e fiscalização

Valido Somente com o selo de

autenticidade e fiscalização

Valido Somente com o selo de

autenticidade e fiscalização

Valido Somente com o selo de

autenticidade e fiscalização

Valido Somente com o selo de

autenticidade e fiscalização

Valido Somente com o selo de

autenticidade e fiscalização

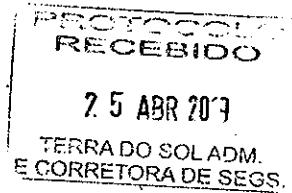
Valido Somente com o selo de

autenticidade e fiscalização

Valido Somente com o selo de

autenticidade e fiscalização





Conrente





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Policia 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
2.8 Número: XX
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: CENTRO
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
2.15 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 3.2 Estado civil: Solteiro(a)
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
3.4 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: 003620958 - 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) VITIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: FRANCISCO INACIO DA SILVA 4.1.2 Estado civil:
4.1.3 Nome Social:
4.1.5 Mãe: REGINA LOPEZ FERREIRA 4.1.4 Pai: JOSE INACIO DA SILVA
4.1.7 Orientação Sexual:
4.1.9 Sexo: MASCULINO 4.1.6 Identidade de Gênero:
4.1.11 CPF: 63773821468 4.1.8 Etnia:
4.1.13 Nacionalidade:
4.1.15 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA 4.1.10 Data de Nascimento: 12/05/1968
4.1.17 Número: X 4.1.12 RG: 001284756
4.1.19 Bairro:
4.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 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 7.1.2 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:
7.1.15 Nome do proprietário: JALSON COSME DE OLIVEIRA 7.1.14 Número do Motor:
7.1.17 Nome do condutor: A VÍTIMA 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE COMPARCEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE A VÍTIMA ESTAVA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA QUANDO COLIDIU NA TRASEIRA DE UM CAMINHÃO BAÚ QUE ESTAVA ESTACIONADO NA RUA GEORGINO AVELINO, NA CIDADE DE SERRA 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 WALFREDO GURGEL EM NATAL; QUE DO HOSPITAL WALFREDO GURGEL EM NATAL/RN, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DEOCLÉIO MARQUES EM PARANAMIRIM/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)

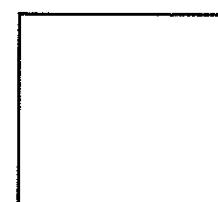
11. DECLARAÇÃO

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

Data 13/02/2019 11:41:03

Felix da Silva Inacio
Policial

Felix da Silva Inacio
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



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:	Nome completo da vítima:		
	637.728.214-68	Francisco Inacio da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:				
Francisco Inacio da Silva				
Profissão:	Enderroco:			
Alojamento	SILVAMOTEL			
Bairro:	Cidade:			
Fonsor	Santa Cruz dos Vizinhos			
E-mail:	84.98845-4125 ou 94-98997-4772			

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 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

7

CONTA: 4336

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSENÇA 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 requeimento 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, baseado no documento que apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e classificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

RECEBIDO
14 FEV 2019
TERRADO SOL ADM.
CORREIO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Antônio da Silva Pinto
CPF: 035.702.834-65

Maria Francisca de Freitas Pinto
Assinatura

2º | Nome: Anderson Ferreira da Penteado Pinto
CPF: 009.469.394-08

Assinatura

Original e Data, SANTA CRUZ-UR 04/02/2019

Nome: Francisco Antônio da Silva Inacio
CPF: 637.728.214-68

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante DEBITO)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TERRADO SOL ADM.

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada para representá-lo, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RISCO:

na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL

Santa Cruz/RN

Efisânia Marques Rocha
Escrivente Autorizada

Válido Somente com o selo de
autenticidade e fiscalização

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
*Renata Sampaio de Souza
Luzecio*
Santa Cruz(RN)

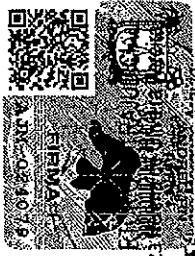
04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade

EM Rocha

Tabelia Pública

Estanislávia Maria B. M. Santos
Santos
Estanislávia Santos
Tabelia Pública
Fevereiro de 2019





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



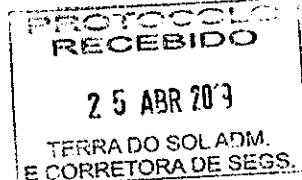
DECLARAÇÃO

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 DÉ MANHÃ, AS 09:45 REMOVIDO PELA VTR DO HOSP. PACT INCONSCIENTE, APARENTEMENTE SEM SINAIS DE FRATURAS CABEÇA, COM FERIMENTO EM SUPERCILIO DIREITO, FRATURA DE NARIZ, TORAX, EXPANSÃO SIMETRICA, SEM SINAIS DE FRATURA. AUSCULTA COM RONCUS, ANTEC DE GRIPE. SEM SINAIS DE HEMO E PNEUMOTORAX. ABDOME, SEM SINAIS DE IRRABILIDADE. PELVIS, SEM SINAIS DE FRATURAS MMII, MMISS 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 MECÂNICA USA LIBERADA 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

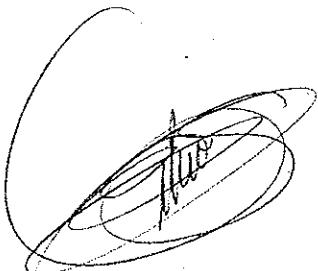
Observação: REGULADO COM DRA CARLA NO POLITRAUMA. NO MOMENTO TEM RESPIRADOR.

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, PRANCHAS, TIRANTE E COCHIN NO POLITRAUMA.

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
28/07/2018 10:06:40	28/07/2018 10:54:44	28/07/2018 10:56:37	28/07/2018 10:58:17	28/07/2018 12:15:00
Saída Local:	Chegada Destino:	Liberação Destino:	Liberação VTR:	
28/07/2018 13:12:00	28/07/2018 14:08:00	28/07/2018 14:27:00	28/07/2018 14:27:51	



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

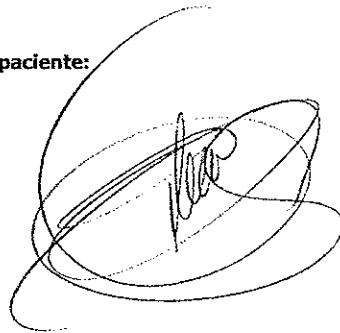
REGULAÇÃO MEDICA TROTE INFORMAÇÃO ENGANO QUEDA DA LIGAÇÃO CONTATO COM EQUIPE SAMU TRANSF./INTERNAÇÃO

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**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, PRANCHAS, TIRANTE E COCHIN NO POLITRAMA.**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 Zero

Vaga Negada

Motivo da entrada:

Ass:

PERTENÇES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

/ / :

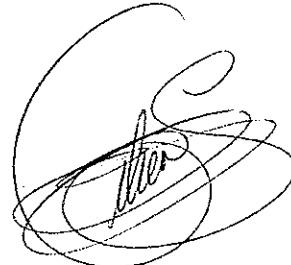
Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

Sim Não

VIOLENCIA A VULNERÁVEIS?

Sim Não





Venda Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438 de 26/07/02
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Henrique, 150, Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.193/0001-81 | Ins. Est. 2003199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

LINDALVA ANGELO DA SILVA INACIO

CPF: 034.446.974-30
CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL
AGROPECUÁRIA RURAL

018276189 UNICA 18/01/2018
18/01/2018 3001004578 1324502

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI PALMATORIA 8975

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

Consumo Ativo(kWh) : 130.00000000
Cobrança de ICMS sobre Subvenção GDE
Contrib. Ilum Pública/Municipal
Multa por atraso-NF 015305458 - 16/11/18
Juros por atraso-NF 015305458 - 16/11/18
Compensação DCTF/Rural 2016

QUANT/TRADE PREÇO (R\$) VALOR (R\$)
55,18
4,25
8,56
.0,83
0,88
-3,55

PROTÓCOLO RECEBIDO

14 FEV 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

TOTAL PAGAMENTO:

64,00

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTÉRIOR LEITURA*	DATA ATUAL LEITURA*	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
609029	GAS	12/01/2019 > 73,00	18/01/2019 16.038,00	30	1.00000		130,00

METRÍGOS DE CONSUMO:

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
METRÍGOS	VALOR DO IMPORTE
JAN19 15-	ICMS
DEZ18 127	PIS

PROTÓCOLO 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 10438, de 26/04/02

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Meninoz, 150, Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.195/0001-61 | Inscrição Estadual: 20035199-0 | www.cosen.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE ERENILSON DA PENHA

CPF: 024 336 394-03

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

DATA DA FATURA:

01/03/2019

UNICA 08/10/2018

APRESENTAÇÃO: N° DO CLIENTE: N° DA INSCRIÇÃO:

08/10/2018 305614233 1254139

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TENENTE FRANCISCO ALVES DA
FONSECA 198MARACAJÁ/ÁREA URBANA
SANTA CRUZ/RN
59200-000

PONTA CONTÍNUO: NENHUM

0850886214 10/2018

DATA DE VENCIMENTO: DATA PRAZO DE PAGAMENTO:

05/11/2018 08/11/2018

TOTAL A PAGAR:

416,61

Consumo Ativo (Wh)
Acréscimo Bandeira M-RMELHA
Contro Ilum Pública Municipal
Multa por atraso-NF 000025911-08/07/18
Multa por atraso-NF 013441652-07/08/18
Juros por atraso-NF 010441652-07/08/18
Juros por atraso-NF 0103025911-08/07/18
Atualização IGPM-NF 010441652-07/08/18
Atualização IGPM-NF 009025911-08/07/18
Doação APAE - 3208-2608

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	444.000.000	0,71010190	315,28
Acréscimo Bandeira M-RMELHA			32,78
Contro Ilum Pública Municipal			45,00
Multa por atraso-NF 000025911-08/07/18			6,53
Multa por atraso-NF 013441652-07/08/18			6,95
Juros por atraso-NF 010441652-07/08/18			2,48
Juros por atraso-NF 0103025911-08/07/18			3,88
Atualização IGPM-NF 010441652-07/08/18			1,83
Atualização IGPM-NF 009025911-08/07/18			2,27
Doação APAE - 3208-2608			2,00

PROTÓCOLO
RECEBIDO

25 ABR 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

TOTAL DA FATURA

416,61

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (WH)
T182300Z	CAT	08-03-2019	41.644,00	08-10-2019	42.083,00	52	-1.0000	444,00

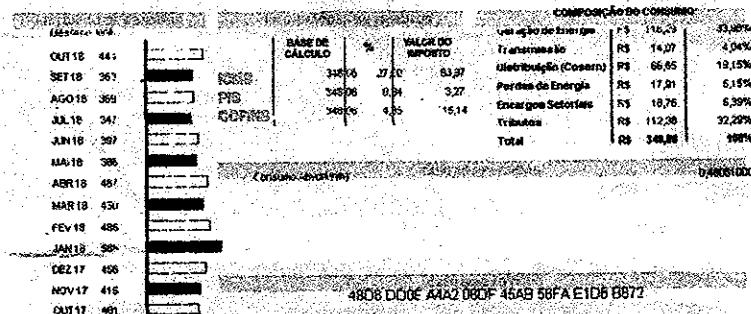


Figura no portal mais porta de rede elétrica é a transmissão de energia, que é o custo da energia elétrica que é transmitida de fato ao cliente. O custo da transmissão é dividido entre todos os consumidores que utilizam a mesma rede. Mais informações em www.cosen.com.br. O cliente é responsável pelo custo da transmissão individualizado na tarifa de fornecimento. Figura, um exemplo para consulta: Custo da Transmissão: Juros e Taxas de 0,0360214 dividindo o consumo da rede. Para o Cliente é comprometido quando houver consumo dentro da faixa de consumo comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços da transmissão, tarifa a qualquer tempo - Anexo 7 - REN 500113.

Este documento serve de
Referência sólida para fins
legais. Seu uso é permitido
apenas para fins de
informação e não pode ser
utilizado a seu favor.
Consulte os nossos termos de
serviço no site:
www.cosen.com.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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu JOSÉ ELTRICSON DA PENHA

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

Francisco Inácio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 634.738.218-68,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Francisco Inácio da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 634.738.218-68, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

Recuso informar

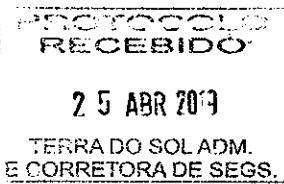
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua: Ribeirão Francisco Alves da Penha</u>	Número:	<u>199</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>Marechal</u>	Cidade:	<u>SANTO AMARO CAIXA</u>	Estado:	<u>SP</u>
E-mail:				CEP:	<u>39.200.000</u>
				Tel.(DDD):	

Local e Data: Santo Amaro SP 04/02/19

JOSÉ ELTRICSON DA PENHA

Assinatura do Declarante





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 RESEGURO. 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 Nº99.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ ALFRÉDSON DA PENTE

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

Marcos Inácio da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 634.438-218-68,

do sinistro de DPVAT cobertura INVAL 042 da Vítima Marcos Inácio da Silva,

inscrito (a) no CPF sob o N° 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:	Número:	Complemento:
<u>Rua: 1º Tenente Francisco Alves da Fonseca</u>	<u>199</u>	<u>CASA</u>
Bairro: <u>maracaná</u>	Cidade: <u>SANTOS</u>	Estado: <u>SP</u>
E-mail:		CEP: <u>11.800-000</u>
		Tel.(DDD):

Local e Data: Santo André PR 02/05/19

JOSÉ ALFRÉDSON DA PENTE

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, Jaison Cosme de Oliveira

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

Órgão Step - RN, portador do CPF nº 108.412.224-36

com domicílio na cidade de Serra Caíada, no Estado de

RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Palmastronia, nº _____

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

Françisco Inácio de Souza cujo o condutor era

Françisco Inácio de Souza

Veículo: Moto Honda Modelo: CG 150 titan ES Ano: 2004 / 2006

Placa: MNB-3814 Chassi: 9GAKE08504R009855

Data do Acidente: 28/07/18

Local e Data:
Serra Caíada 07/02/2019

Assinatura do Declarante

PROTÓCOLO
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: <u>Rayssa Caroline Oliveira</u>	
	por ter sido aposta neste documento em minha presença Serra Caíada / RN <u>07/02/2019</u>	
	Em fé e testemunho <u>Rayssa Caroline Oliveira</u> da verdade <u>Rayssa Caroline Oliveira Vicente</u> Tabelia Substituta	



BS
BOA SAÚDE

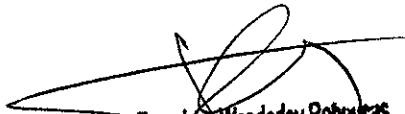
DR. FRANCISCO WANDERLEY REBOUÇAS

ORTOPEDISTA E MÉDICO DO TRABALHO

CRM 537 - RN - CPF: 044.229.294-53 - MTB 306.432/82

Ense Zinco de Sá,
vítima de acidente em
motoleta, apresenta
TCIE e fratura no mil. E.
Ongos preste os
serviços e fixou os
cicatrizes com
aprox 40% de des
de ossos aferidos.

8883478


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

**PROTÓCOLO
RECEBIDO**
25 ABR 2013
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: François incio da Silveira Profissão: _____
Data de Nascimento: 12/06/68 Idade: 50 Anos Sexo: Masculino Feminino
Cor: branca Escolaridade: _____ Tel.: _____
Naturalidade: Oitac de Souza Estado Civil: _____ Identidade: 0012847
Cartão SUS: _____
Filiação (Mãe ou Pai): Primo s/o P. e F. Ferreira
ENDERECO: Sítio Palmaria Nº _____
Bairro: Serra Caiada Complemento: _____ CEP: _____
Cidade: Serra Caiada Data: 28/07/18 Hora: 09:53

APRESENTAÇÃO DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PRESSÃO ARTERIAL 300/60 X PESO _____ TEMP _____ HGT _____ FC 79 SPO2 89

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

PROTÓCOLO RECEBIDO
25 ABR 2013
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS

Outros

TZ e urme.

PROCEDIMENTO PA: 300x60 Spica

Máfum ouv 1, Rápida varred 2, Ausculta motor f.

Recom Dr. Colmen.

LIBERAÇÃO DO PACIENTE:

Dr. Mauro Faria
Clínico Geral
CRM 7547

SUS - 708105811956710 Ref 087519153
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTESECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM /RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA

Nº 51

NOME:

Mac

Regina Doses Sevcic

51

IDADE: 12/05/1968 COR: 07

SEXO: MASC ESTADO CIVIL: Casado

NATURALIDADE:

São Paulo

PROFISSÃO:

OPROCEDÊNCIA:

ENDERECO:

Silveira

BAIRRO: Zona Rural

CIDADE:

Serra Cruz

DATA:

01/08/2018

HORA:

11:20hs.

CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM REGULAR COM DISPNEIA CHOCADO COMATOSO C/ HEMORRAGIA EM CONVULSÃO POLITRAUMATIZADO AGITADO OUTROS

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM NÃO

PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

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

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Tribus p/n hó E

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

096921-4
CONFERE COM ORIGINAL
de fatos
Servidor

DIAGNÓSTICO INICIAL

Tribus p/n hó E

Admissão: 28/07/2018 14:16:17

FATURADO

Simon

EM 22/07/18

CIRURGIA GERAL - VERMELHO

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

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

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708105811956710

CPF:

Prof.

Mãe: REGINA LOPEZ FERREIRA

Pai:

Logradouro: PALMATORIA, 1

Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO

CEP: 59245000

Bairro: SERRA CAIADA

Compl.

Telefone: 84.987279153

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 28/07/2018 14:12:45

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE COLISÃO CARRO/MOTO.

Hora:

Racinei num com carro, deu um choque p/ o p/ o SAMU e
horas de ter sido atendido no pronto socorro da moto bateu comum (ele es
tava na moto), deu de rebacanço p/ rebacar no chão no mato bonito.
Abd: flácido

EXAME FÍSICO (PRIMARIO)

- A. Visus normais e TOT em VFI.
- B. MV@ sem lesões óssea.
- C. D. p/ o.
- D. Glasgow 9T.
- E. Hemato. per abdomen clínico

TOMOGRAFIA/HMWG

Data: 28/07/18 hora:

Técnico:

Exame: Orto/axial/lonar

Médico:

Wesl. da C.

Salida:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Tr. goso + Pol. l.

096921-4

CONFECÇÃO ORIGINAL

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

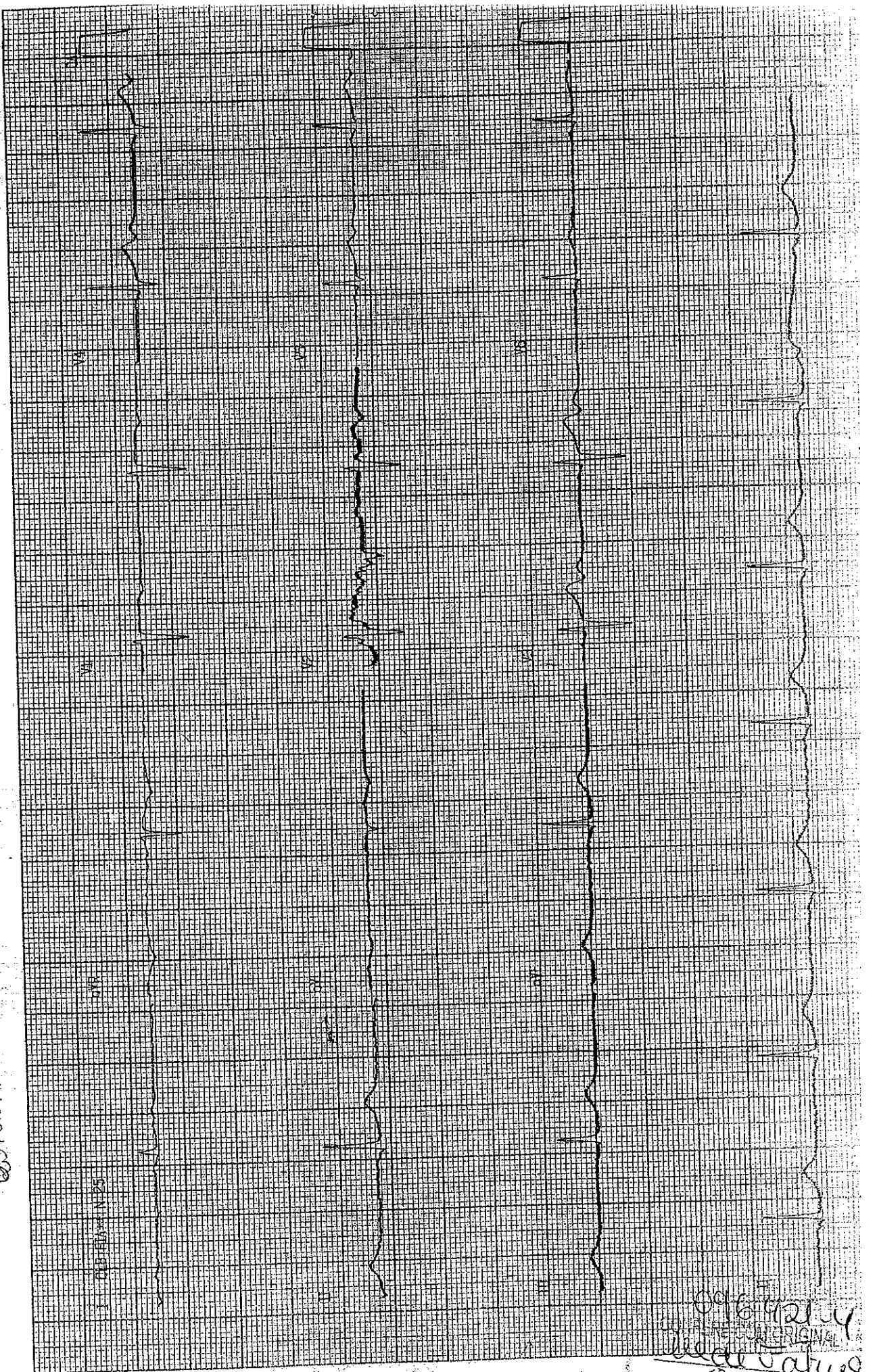
11-de Setembro

servidor

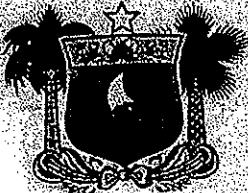
Si. Barroso

Die einzige der Schre

05/08/18 8W L.08



0969244
THE ORIGINAL
Medieval
S. Carter



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

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

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.

Imagen 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 tecorregionais, 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:

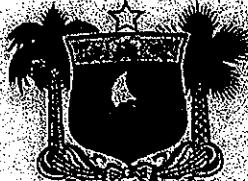
Conteúdo heterogêneo, hipodenso/hiperdenso, localizado no interior dos seios maxilares, podendo estar relacionado a hemossinlus.



Laudado Por:

Dr. Edson D. de Oliveira Guimarães Neto
CRM-RN 502 / RADIOLOGISTA

096921-4
CONFERE COM ORIGINAL
M. de Fátuo
S. Barlow
S. Barlow



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLECIÓ 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 Oton Guimarães Neto
CRM-RN 6008 / RADIOLOGISTA

096921-4
CONFERE COM ORIGINAL
le de fatus
Servidor
S. Baúlos



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA ORTOPÉDIA	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) SITIO PALMATORIA, 8975	BAIRRO ZONA RURAL	UF RN CEP 59245-000 TELEFONE
MUNICÍPIO SERRA CAIADA		
LOCAL DE TRABALHO		
FILIAÇÃO REGINA LOPES FERREIRA	JOSE INACIO DA SILVA	
RESPONSÁVEL FLAVIO DA SILVA INACIO (FILHO)		TELEFONE 98871-8757
ENDERECO		

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Dr. Edimilson M. Dantas
CRM - 942
Ortopedia Traumatologia

046921-9
CONFERE COM ORIGINAL
le de Fatus
Envio Barão



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DE OCÉLIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

FRANCISCO INACIO DA SILVA

161800

7- CARTAO NACIONAL SUS
708 1058 1195 6710

8- DATA DE NASCIMENTO
12/05/1968

9- SEXO

MASCULINO

10- RACA/COR

11- NOME DA MAE

12- FONE DE CONTATO

REGINA LOPES FERREIRA

98871-8757

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- FONE DE CONTATO

FLAVIO DA SILVA INACIO (FILHO)

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)
SITIO PALMATORIA, 8975

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

16- MUNICIPIO
SERRA CAIADA

ZONA RURAL

RN

59245-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Breve ataque de dor no abdômen

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

Ec + ff + tx

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

Urgência hospitalar

23- DIAGNOSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

Procedimento Solicitado

Dr. Edimário Dantas
CRM: 942
Causas associadas:
Ortopedia e Traumatologia

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

35- ASSINATURA E CÁRIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

36- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

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 SEGURO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

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

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

CONFIRA COM ORIGINAL
de Valente
E. P. Barreto



PUNHO AP 74.9 % PUNHO PERFIL 69.6 %
Id. Paciente: POL 00 Técnico: THIAGO HFD
Paciente: FRANCIO INACIO DA SILVA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL Idade: 0 ano(s)

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

EVOLUÇÃO

DATA	TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO MÉDICO QUE A FEZ
03/08/18	Solicitação de avaliação pela neurocirurgia (contato prévio com Dr. Sérgio Dantas)
	Paciente, 50 anos, vítima de colisão moto - caminhão em 28/07, com trauma crânio facial e fratura de perna (). Foi atendido no HUG - realizou TC e foi encaminhado para este hospital pela ortopedia dia 01/08. No dia 02/08 evoluiu com PNC e déficit motor à direita, realizou TC de crânio sem alterações evidentes.
	Repetiu TC em 06/08 que interveiu na hematomia subdural?
CONFIRMAÇÃO NATAL 18/10/2018 MAT. N°	<p>Comorbilidades:</p> <p>SAME - Distúrbio psiquiátrico - uso de cachaça, alprazolam, neozine, gandulal, triptilidina, clorazepam (após AVCi em 2011)</p> <ul style="list-style-type: none"> - DM - HAS - AVCi prévio em 2011 <p>No momento - ECG 13</p> <p>ACV: ROR FC: 52</p> <p>PA: 136x70</p> <p>PR: 141</p> <p>FiO2: 100% (ar ambiente)</p> <p>OBS: Auxílio baixo TC.</p> <p>Grata,</p> <p>Clinica Santa Rita Médica RM/RN 5305</p>

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	6 - Nº DO PROTOCOLO
Juarez Lucio de Souza	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO
	19 - SEXO
	MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO (RUA, N°)	

13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP
----------------	-------------	---------	----------

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	Quido de dor e dor pélvica de jolitho (18) evoluta com febre. Alerte. Pupilas D.R.
--	---

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	Obsteto + Progesterona
--	------------------------

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	Recomendo = Colpo Subdural frontal () com (Hipertensão? Atrofia?)
--	--

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
--------------------------	------------------	---------------------	------------------------

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNACAO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
030304008-4	NEN		CONFERE NATAL, MAT. N.º 109158 - MM.

28 - DT SOLICITAÇÃO	29 - CNS / CPF	30 - ASSINATURA E CARMBO (N.º REG. CONSELHO)
01/03/11	SANE	ASSINATURA

31 - DESCRIÇÃO / CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

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

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE	48 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNACAO HOSPITALAR (AIH)
47-AUTORIZ	48-AVALIAÇÃO	
49-CPF	50-DT AUTORIZ.	
51-CARMBO (N.º REG. CONSELHO)	52-	
	53-ASSINATURA E CARMBO (N.º REG. CONSELHO)	



Nome FRANCISCO INACIO DA SILVA

Leito: Polinomar 17

Idade: 50 anos

Nº Registro: 85502

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 08/08/18

Hora: 19:45

Anexo - ADMISSIONADO #

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRINHO. FERIR = 11 DIS.

EVOLUÇÃO Cai RMC + DEFICIT MOTRIZ A ①. TC DE CERVO EVOLUIU COLESCIA
SIBOGENA E ESQUERDA, SÍNCRONIA DE LIMBOS. NO MOMENTO FALCON-ST CONVULSO,
DESCONVULSO NO TÍPO IESTAS. TRM PERÍODO DE AVC EM 2011, SEM SEGUIMENTO.

PATOLOGIA, DEFICIT, DISTURBIO PSICOGÊNICO (ACORDANDO NO SÍNCREMO)

MEDICAMENTOS: CARAZAPERMA, NEOTIPT, FLUOXETINA, PAROXETINA, ACETAMINOFEN
3x 1x 1x 2x 2x

GLICEMIA 92 mg/dl, HEMOGLOMIN 85g/dl, 3x

AO EXPL SOCORRO, PATOLOGIA, CONSCIENTE, DESCONVULSO, GLICEMIA 4+4+6=14, S/ HEMORAGIA.
FOCAL. NEXUS LIVRE, MORFOPATOGNOMICO.COLS: ① SOLICITO EXAMES NEURODIAGNOSTICOS
② TACO NEURO

+ DR JOAO BITTO

Fabio Barros
MR - Neurocirurgia
CRM - RN 9484
CNES: 708202696108592CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 18/09/18
MAT. N°
SAÚDE
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:

Joaquim Guedes

Nº Registro:

Serviço:

NCR M17

Leito:

_____ A EVOLUÇÃO

09/08/2018 TCE HSO e E sem DLMs

Paciente portador de demência progressiva, infarto de TCE dia 15/07, com EC 6/13 (0.3, 1.4, 11.6) e movimento facial monoplegico direito, comprometido; sem olfato, audição, olhos abertos; olhos abertos

Dra. Heloisa Guedes
Neurologista
09/08/2018

12/08/18 NUR TCE HSO fármaco.

- Sonolento. Insônia rara noite
- Ansíota ao chorado.
- Sem defecção.
- Até o 2º Andar

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 18/08/18
MAT. N°

Gutierrez Lira
5624

13/08/18

5º DIH: AVC prévio em 2011 ASSINATURA
Residuo psiquiatrico
TCE prévio PAF

Síndrome de Cronicotomia, queira à esquerda
Responde somente frontal (E) sem efeito de mense

Frigidez em ponta bala (E)
Paciente evolui estéril, sem intervenções
Verbalizado

Sonolento

Movimento os membros

Confuso

Exames lab ok

Conclusão: Sintoma conduta neurocognitivo, no momento
ao 2º andar

14/08/18 Paciente mantém a higiene pessoal
verbal, verbaliza, respiração correta, desempenha
mobilidade os 4 quadrantes; reflexos
N. II evolução

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Dra. Heloisa Guedes
Neurologista
09/08/2018

Identificação

Enfermaria: Nutrogergia Leito: 17 UTI: _____ Leito: _____
 Data de admissão: 08/08/2018 Alta: / /
Nome: Francisco Inácio da Silva Naturalidade: Jandira/RJ
 Idade: 50 Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: 12/05/1968
 RG: 001284756 Estado Civil: Casado Nível de Instrução: Básico
 Filiação: Pai: Yose Inácio da Silva
 Mãe: Regino Lopes Ferreira
 Endereço: Sitio Palma Túria Cidade: Silva Caçada
 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: Aposentadoria 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 Diocesano

Critérios para Acompanhante

Possui requesitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
 Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
 Responsável pelo paciente: Lindalva Angulo 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.)

08-08-2018-Paciente vindo do Hoep Diocesano p/ avaliação.
vi queixas AVC, acompanhado p/ familiar, solicita
do ásps de documentos 12/08/2018

Saída

Óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

10/08/18
TCK

Colegio pedialetas egerient
sem D.M.

Conselho de AVCI /
Fists preventives

Dr. Henrique Clemente
Neurologista / Neurocirurgião
CRM: 16476

NCR 10/08/18

Tch melior sem melhora
neurologia, piorante após o hemiparesis
direita.

Exames laboratoriais de

08/08 - OK

Rept nova NC de Vâmis

13:30

Pompeose glicose
e imuno, resultados os
exame anterior, mantém
também status neuroloq.

11/08/18 paciente viral
ja verbalizado, porém confuso, sem
deficits, portador de diabulogia pri-
mitiva, sistema nervoso P/C
controlado. Couchea normal



EVOLUÇÃO MÉDICA

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

EVOLUÇÃO

DATA	TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO MÉDICO QUE A FEZ
08/08/13	<p>sucedâneo de avaliação pela neurocirurgia (contato prévio com Dr. Sérgio Dantas)</p> <p>Paciente, 50 anos, vítima de colisão moto - caminhão em 28/07, com trauma em face e fratura de perna (L). 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 RNC e déficit motor à direita, realizou TC de crânio sem alterações evidentes.</p> <p>Repetiu TC em 08/08 que interroga sobre hematoma subaracnoidal?</p>
NATAL 18/10/10 MAT. N°	<p>CONFERE COM ORIGEM</p> <p>SAME</p> <p>ASSINATURA</p> <p>Comorbilidades:</p> <ul style="list-style-type: none">- Distúrbio psiquiátrico - uso de clobazepam, neozine, gondeneal, triptilidina, clonazepam (após AVCi em 2011)- DM- HAS- AVCi prévio em 2011
	<p>No momento - ECG 13</p> <p>ACV: RCR FC: 52</p> <p>PA: 136x70</p> <p>PR: 161</p> <p>FiO2: 100% (ar ambiente)</p>
	OBS: Anexo baixo TC.
	<p>Graiva, JES</p> <p>Licitra Super Motors</p> <p>Médica</p> <p>RMI RN 5305</p>

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

FE PÚBLICA: (Art. 10, Inciso II, da Constituição do Brasil)

POLÍCIA MILITAR

13.103 - 26.07.1999
REGISTRO N° / DATA DA INCORPORAÇÃO

JOSE ERENILSON DA PENHA

POSTO/GRAD.	CPT	MATRÍCULA
CB QPMP-0 99.353	024.336.394-09	162.734-1

JOSE ERENILSON DA PENHA
ASSINATURA DO IDENTIFICADO

DIREITOS E GARANTIAS DÁ INÍCIO POR LÍNEA

PROTÓCOLO RECEBIDO

25 ABR 2019

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

Andre Xavier da Penha

IND. POS	André Xavier da Penha
ALTURA	1,74 m
PIS / PASEP	19011604276
DATA NASC.	08/10/1975
CUTS	V-4444
CABELOS	V-1444
Cor	Cast Cl Ond
DATA CI	00/00/00

NATURAL DE
Santa Cruz/RN

LOCAL E DATA DE EMISSÃO
Natal/RN, 30 de dezembro de 2016.

ESTUDEI, SOU AUTENTICO DO DOCUMENTO E ASSINADO PELA PESQUISADORA POLICIAL
CONFORME PROVIMENTO N.º 1000, DE 2016, DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

WILSON RIBEIRO DE SOUZA - CAP. QPMP
CHEFE DO SERVIÇO DE IDENTIFICAÇÃO DA PMRN



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

Companhia Energética do Rio Grande do Norte

Em 26/04/2019 10:31:46

Dados do Veículo de placa MNB3814

Placa MNB3814	Renavam 828172900	Placa Anterior MNB3814/PB	Tipo 4-MOTOCICLETA	Categoria 1-Particular	Especie 1- Passageiro	Lugares 2
Marca/Modelo 002808-HONDA/CG 150 TITAN ES (Nacional)	Fabricação/Modelo 2004/2004	Potência 0	Combustível 2-Gasolina	Cor 14-VERDE	Carroceria 999-NAO APLICAVEL	Recadastrado DETRAN DetranNet
Nome do Proprietário JALSON COSME DE OLIVEIRA	Proprietário Anterior FRANCISCO VICENTE JUNIOR					Situação Lacre REGULAR modelo antigo
Município de Emplacamento SERRA CAIADA	Licenciado até 2016 em 26/02/2016, Licenciamento Anual no lote 009781, AR=RD929903134BR (CRLV emitido)(Via 1)				Adquirido em 02/03/2011	Situação Em Circulação
Restrição à Venda Sem gravame						Carnê de Licenciamento 2019 Ainda não gerado

Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Recadastramento

Nenhuma informação pendente até esta data

Impedimentos

Nenhum impedimento registrado até esta data

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	Suspenso-Decisão Judicial
Total dos Débitos			R\$ 717,58	R\$ 768,41

Taxes Detran
327,83Seguro DPVAT
455,58IPVA
0,00Multas
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 60000489/2011	Interessado 10841222436	Início em 31/03/2011 às 11h46min
Situação Encerrado		Final em 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
Auditória		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.

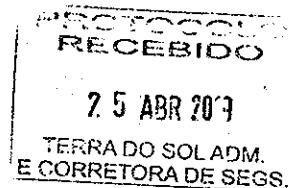
**Não Possui valor como
NADA CONSTA !**

Voltar

SOLICITAÇÃO

EU, LINDALVA ANGELO DA SILVA, RG: 001.941.550, CPF: 034.446.974-30, RESIDENTE NO SITIO PALMATORIA, Nº: 8975 ZONA RURAL DE SERRA CAIADA/RN, CURADORA E RESPONAVEL PELA VITIMA, FRANCISCO INÁCIO DA SILVA, RG: 001.284.756, CPF: 637.738.214-68, RESIDENTE NO MESMO ENDEREÇO; VENHO ATRAVEZ DESTE PEDIR E EXIGIR, QUE O PROCESSO DE INVALIDEZ DO SEGURO DPVAT N: 3190132998, SEJA AVALIADO MELHOR, ONDE O MESMO FOI NEGADO INJUSTO, O MESMO PASSOU POR PERICIA MEDICA E O PERITO APROVOU SUA INVALIDEZ E AS SEQUELAS EXISTENTE , APROVANDO ATÉ UM VALOR PARA O MESMO RECEBER POR IDENIZAÇÃO, MAS OUVE UMA AUDITORIA E O AUDITOR NEGOU O PROCESSO INJUSTAMENTE; ENTAO EU NÃO ACEITO ESSE RESULTADO POR A VITIMA SE ENCONTRAR INVALIDA E COM SEQUELAS GRAVISSIMAS, O MESMO NÃO FALA, NÃO ANDA, NÃO SE ALIMENTA SO, USA FRALDA DESCATAVEL E SE LOCOMOVE NUMA CADEIRA DE RODAS. POR TANTO, É MUITA RINDADE DESSE AUDITOR FAZER UMA COISA DESSA. ENTAO PESSO QUE AVALIE MELHOR ESSE PROCESSO, E SE FOR O CASO, PODE MANDAR ELE PRA UMA PERÍCIA MAS UMA VEZ, VOU GASTANDO E PEDINDO FAVOR AO HOSPITAL PARA CONSEGUIR UMA AMBULANCIA PARA LEVAR O MESMO PARA PERICIA. OU SE NÃO VOU TER QUE PROCURAR A JUSTIÇA, POR TARMOS 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 invisivel, estado civil: CASADO, Profissão: ALPOSENTO,
portador(a) do RG 001.284.756, órgão expedidor ITGP e do CPF: 637.738.214-68,
residente no(a) SILVANTORIA Rua Venda, nº 8875, bairro:
Zona Rua, município: SENNA CRUZ/RS.

Outorgado (Procurador):

Nome: José Elkinson da Penha, brasileiro(a),
estado civil: CASADO, Profissão: funcionário municipal, portador(a) do RG: 73.703,
órgão expedidor: Penha e do CPF: 024.336.394-09, residente no(a)
Rua Francisco Moraes da Fonseca nº 138, bairro: Indaiá,
município: Santa Cruz - Penha. Rua Venda

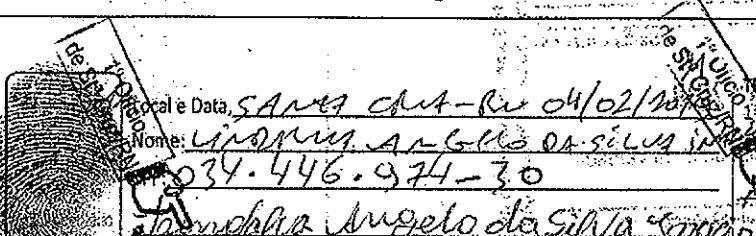
PROTÓCOLO
RECEBIDO

14 FEVEREIRO

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

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

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



(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Antônio Oliveira da Penha
CPF: 035.202.944-65

Antônio Oliveira da Penha

Assinatura

2º | Nome: Antônio Oliveira da Penha Filho
CPF: 008.868.394-08

Antônio Oliveira da Penha Filho

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver)

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

ATENÇÃO!!!

LEIA FRENTE AO VER VERSO
de G.R. de Notas

PROTÓCOLO
RECEBIDO

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

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Lendalga Angel de
deus Socio
04 FEV 2019
Em Testemunho da Verdade
Eliana Rocha
 Tabelia Pública

Feliz Marques Araújo
Tabelia Pública
Santa Cruz/RN
Estanislávia Karina B. M. Santos
Escrivente

Válido Somente quando assinado
e lacrado e quando o escrivente
aparecer no cartório

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

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Yanice Lourenco de Souza
Leite
04 FEV 2019
Em Testemunho da Verdade
Eliana Rocha
 Tabelia Pública

Feliz Marques Araújo
Tabelia Pública
Santa Cruz/RN
Estanislávia Karina B. M. Santos
Escrivente

Válido Somente quando assinado
e lacrado e quando o escrivente
aparecer no cartório

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

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
André Paes de Souza
Leite
04 FEV 2019
Em Testemunho da Verdade
Eliana Rocha
 Tabelia Pública

Feliz Marques Araújo
Tabelia Pública
Santa Cruz/RN
Estanislávia Karina B. M. Santos
Escrivente

Válido Somente quando assinado
e lacrado e quando o escrivente
aparecer no cartório

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/07/2018

FRANCISCO INACIO DA SILVA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE ERENILSON DA PENHA

THIARA VIRGINIA DA HORA