

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA ELIZABETE ABDIAS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00758

CONTA: 000000022675-4

Nr. da Autenticação FC946DE3D8D85074

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180229085 **Cidade:** Cruzeta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KEVIN BRAYAN ABDIAS MEDEIROS **Data do acidente:** 03/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fraturas em antebraço esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Limitação funcional leve do membro superior esquerdo

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico. Redução e fixação com fio de kirschner, já retirado. uso de tipoia por 60 dias, evoluiu sem complicações. Com alta medica.
Ao exame físico menor apresenta deformidade no antebraço esquerdo e dor local aos esforços físicos e diminuição da força muscular no membro superior esquerdo. Sem déficit neurológico.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/06/2018

Conduta mantida:

Observações: APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS.

Médico examinador: FRANCISCO JARES DE QUEIROZ SILVA

CRM do médico: 2245

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes



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

NOTA FISCAL - FISCAL - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Marmoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.198/0001-81 | INSC. EST. 20018190-2 | www.cosern.com.brDADOS DO CLIENTE
JOSE DA SILVAENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV RIO BRANCO 17

CPF: 937.557.914-04

CENTRO/ÁREA URBANA
JARDIM DE PIRANHAS RN
59324-000CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Municipal

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0397883019	04/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA
12/04/2018	04/05/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	40,98

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE ÚNICA	EMIÇÃO
04-488555		05/04/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/04/2018	3000251280	524828

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
Consumo Ativo (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
	76,0000000	0,53929525	40,98

TOTAL DA FATURA

40,98

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO - NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (kWh)
2140140011	CAT	07/03/2018	3.447,30	08/04/2018	3.783,20	31	1,00000	76,30

MÊS/MES DE CONSUMO			INFRAESTRUTURA DE MEDIÇÃO			COMPOSIÇÃO DE CONSUMO		
ABR 18	76					Geração de Energia	R\$ 12,45	32,81%
MAR 18	54					Transmissão	R\$ 1,80	4,71%
FEV 18	83					Distribuição (Cosern)	R\$ 10,07	24,57%
JAN 18	86					Perdas de Energia	R\$ 2,40	5,88%
DEZ 17	90					Energia Setorial	R\$ 3,84	9,38%
NOV 17	93					Tributos	R\$ 9,20	22,43%
OCT 17	78					Total	R\$ 40,98	100%
SET 17	82							
AGO 17	80							
JUL 17	79							
JUN 17	86							
MAI 17	84							
ABR 17	89							

Consumo Ativo (kWh)	0,41800000
C137E048ACFB1CE97130B483B15F40CA	

OPERAÇÕES IMPORTANTES
O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito somente em espécie. Se o valor de entrega estiver em vigor, não há necessidade de entrega. O cliente é responsável por manter a leitura correta e em tempo de validade. Pagos em atraso geram multa de 2% (dois por cento) por dia de atraso, até o limite de 10% (dez por cento). O cliente é responsável por manter a leitura correta e em tempo de validade.

Atenção: O cliente deve manter a leitura correta e em tempo de validade. Pagos em atraso geram multa de 2% (dois por cento) por dia de atraso, até o limite de 10% (dez por cento). O cliente é responsável por manter a leitura correta e em tempo de validade.

DIREÇÃO E PRIORIDADE DAS INTERURBANCAS					ÍNDICE DE TENSÃO		
TIPO DE CLIENTE	VALOR MENSUAL	LIMITE MENSUAL	LIMITE SEMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
BT	0,17	6,43	10,38	21,72	220	202	231
FT	1,50	2,38	6,72	13,46			
FTB	0,17	3,11	0,30	0,30			

Limites de tensão: 220V - Valor de tensão de linha do Sistema de Distribuição = 11,8V

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0397883019	04/2018	12/04/2018	40,98

838800000000-3 40980038400-7 39788301920-7 01114864113-5

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
17 MAI 2018
PROTOCOLO



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Av. Antônio Gonçalves Salgado Filho, 1535, Típol, CEP 59115-000
CNPJ: 09.334.580/0001-02 / INSC. Estadual: 20051.426-3
Adm. Central (84) 3332-4432 / Orla (84) 3332-4582

REGISTRO DE ATENDIMENTO
Nº: 03000-840105
34235550

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA, E.S.GOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 01/03/2018 ÀS 09:43:35

MATEMATICA		MÊS / ANO				
46 8970		03/2018				
DADOS DO CLIENTE						
JOSE DE FRANCA PEREIRA RUA MAIOR CAZUZA, N. 647 - T. DOS BATISTA TINBAUBA DOS BATISTAS RN 59320-000						
INSCRIÇÃO	ROTA	SELO ROTA	QUANTIDADE DE CONSUMIDORES			
456.001.025.0055.000	1	3221	RESIDENCIAL GERAL INDIVIDUAL FAMILIA			
HORÍMETRO	SITUAÇÃO ABITA	SITUAÇÃO ESQOTO				
A030070557	LIGADO	POTENCIAL				
CONSUMO ÁGUA (M3): 0		DATA LEITURA: 01/03/2018				
		LEIT. ATUAL: 2403				
		LEIT. ANT.: 2403				
		DIF. CONSUMO: 30				
HISTÓRICO DE CONSUMO						
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	EF	CONSUMO	MEDIA
02/2018	11	12/2017	11	0/2017	12	10
01/2018	11	11/2017	8	9/2017	12	
DESCRIÇÃO		CONSUMO		TOTAL(R\$)		
ÁGUA						
RES. ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)						
CONSUMO DE ÁGUA		0 M3		39,99		
TRIBUTOS						
BASE DE CÁLCULO		PERCENTUAL(%)		VALOR DO IMPOSTO		
PIS 39,99		1,0		0,66		
COFINS 39,99		7,6		3,04		
VENCIMENTO:		TOTAL A PAGAR:		39,99		
15/03/2018						
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA DO ABASTECIMENTO						
Parâmetro	Unidade	PR	Cont. Total	Cloro Residual Livre	Alcalinidade (mg/L)	
Parâmetros	Unidade	PR	% de Absorção	0,2 a 2,0 mg/L	5 a 10,0 mg/L	
Cloro e Residual Livre	0,2 a 2,0	8,0 a 9,0				
Valores Obtidos	87,3	7,7	100,0 %	0,16	--	

826100000000 7 399900006456 5 004628 / 7001 6 03201840003 9



MATEMATICA	MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
4623970	03/2018	15/03/2018	39,99



COMPROVANTE DA CAERN



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu José de Franca Pereira inscrito (a) no CPF/CNPJ 626.319.694 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Kevin Brayan Abdias Medeiros inscrito (a) no CPF sob o Nº — — — / — — —, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Kevin Brayan Abdias Medeiros inscrito (a) no CPF sob o Nº — — — / — — —, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF e comprovante de residência

☐ 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
Rua: <u>Major Lazusa</u>		<u>647</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Timbaúba dos Batista</u>	<u>RN</u>	<u>59.320-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>zccatimbauba@hotmail.com</u>			<u>9.9622-0813</u>

T. dos Batista, 14 de Maio de 2018
Local e Data

José de Franca Pereira
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Vinicius Freire,
RG nº 003189756, data de expedição 18/04/2014
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 051.060.914-70, com
domicílio na cidade de Jardim de Piranhas, no Estado de
Rio Grande do Norte onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Coronel João Florêncio, nº 411,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Kévin Brayan Abdias Medeiros cujo o condutor era
Vinicius Freire.

Veículo: MICROONIBUS

Modelo: I/M. BENZ 313 CDI SPRINTERM

Ano: 2007

Placa: MNP-1415


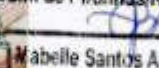
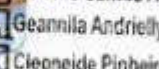
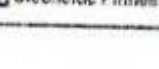
Chassi: 8AC9036727A965555

Data do Acidente: 03/01/2018

Local e Data: RN-188, Que liga São José do Seridó/RN à Cruzeta/RN.


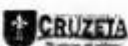
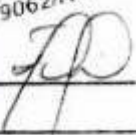
Vinicius Freire 
Assinatura do Declarante

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

	NICOPOLIS - Centro	Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de
	003189756	<u>Vinicius Freire</u>
	05106091470	<u>— 11 — 11</u> Dou fé
	003189756	<u>Jardim de Piranhas/RN, 26/04/2018</u>
		Mabelle Santos Araujo
		Geannila Andrielly dos Santos Rezende
		<input checked="" type="checkbox"/> Cleoneide Pinheiro de Araujo



Bebê

	MUNICIPAL DE CRUZETA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE UNIDADE MISTA DE SAÚDE ABÍLIO CHACON FILHO CNPJ 08.108.310/0001-50 - CRUZETA/RN - TEL: (84) 3473-2355 - FAX: (84) 3473-2352	
Nome: <u>Kelven Bryan Abdias Medeiros</u> Reg: <u>15.365</u>		
D. Nas.: <u>07/07/2016</u> Cor: <u>—</u> Sexo: <u>Masculino</u> Est. Civil: <u>Menor</u>		
Naturalidade: <u>Caravelina/RN</u> Profissão: <u>—</u>		
Endereço: <u>Rua Francisco N. 17</u> Cidade: <u>Joazeiro de Pirene/RN</u>		
Data: <u>03/01/2018</u> Hora de Entrada: <u>20:55</u> SUS: <u>—</u>		
Atend. 1ª Vez <input type="checkbox"/> Subsequente <input type="checkbox"/>		
TA: <u>—</u> mmHg	PULSO: <u>—</u> ppm	RESPIRAÇÃO: <u>—</u> mpm
T: <u>—</u> °C	PESO: <u>—</u> kg	
HISTÓRICO CLÍNICO Menor vítima de acidente automobilístico, comento. <u>Bebê</u> . Supinista. 17pp. QVO sem alteração. Ferimento contuso no antebraço esquerdo de 3cm. Trauma Braco esquerdo (Hematoma) com de volume no (região) de inflexão humeral.		
CONDUTA 1. Sutura 2. Encaminhado Agência Médica.		
		Dra. Ileydis Rosales Reyes Médica CRM: 9062/RN 
Médico - Carimbo		
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO <u>Trauma Braco Esq (Possível Fratura)</u>		
DESTINO DO PACIENTE		
Fico no Local: <input type="checkbox"/>		Removido em: <u>12/01/18</u>
A Alta por Ordem Médica <input type="checkbox"/>		Hora: <u>—</u> h
À Pedido <input type="checkbox"/>		Para: <u>Hosp Regional SESP</u>
À Revelia <input type="checkbox"/>		Óbito em: <u>—</u> / <u>—</u> / <u>—</u>
Data <u>—</u> / <u>—</u> / <u>—</u> às <u>—</u> h <input type="checkbox"/>		Hora: <u>—</u> h





Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Sertão

Estrada do Perímetro Irrigado Sahugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

RECEITUÁRIO

Ao Hospital do Sertão

Encaminho o menor Kevin Grayson ~~Alves~~
Medeiros, 2 anos, vítima de
acidente automobilístico há 2
horas - Vias aéreas permeas, respirando
ar ambiente, estável, Glasgow
pediátrico 15, apresenta fratura
de rádio e ulna à esquerda.

03/01/2018


Dr. Delmi Dantas
Médico
CRM/RN 8772





Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	4. CNES: 6.778.580
5. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: KEVEN BRAYAN ABDEAS MEDEIROS	6. Nº DO PRONTUÁRIO: 023927
CPF:	RG:

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8. DATA DE NASC.: 07/10/1986	9. SEXO: MASC. (X) FEM. ()
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: ANA ELIZABETE ABDEAS DA SILVA	DDD: 84	11. TELEFONE DE CONTATO: 996549706
12. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): AV. RIO BRANCO N. 17 - SANTA LECILIA	14. COD. IBGE MUNICÍPIO	15. UF: RN
13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: JARDIM DE PEREIRA	16. CEP: 59324000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Febre, dor no cotovelo			
18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Do			
19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Leik			
20. DIAGNÓSTICO INICIAL: fratura antebraço	21. CID 10 PRINCIPAL:	22. CID 10 SECUNDÁRIO:	23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: fratura antebraço	25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:		
26. CLÍNICA	27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28. DOCUMENTOS: () CNS () CPF	29. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.
30. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.: Dr. Silvio Soares Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 4419 - TÍTUL 0828	31. DATA DA SOLICITAÇÃO: 9/11/18	32. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO): Dr. Silvio Soares Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 4419 - TÍTUL 0828 CPF 021.738.288-44	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33. () ACID. DE TRANSITO	36. CNPJ DA SEGURADORA	37. Nº DO BILHETE	38. SÉRIE
34. () ACID. TRABALHO TÍPICO	39. CNPJ DA EMPRESA	40. CNAE DA EMPRESA	41. CBOR
35. () ACID. TRABALHO TRAJETO			
42. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

43. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	44. COD. ORGÃO EMISSOR	49. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45. DOCUMENTOS: () CNS () CPF	46. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
47. DATA DA AUTORIZAÇÃO	48. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n. - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:

REGISTRO/PRONTUÁRIO:	DATA NASCIMENTO:	SEXO:
023927	04.07.2016	M.
ENDEREÇO (Rua, Número)	BAIRRO:	
AV. RIO BRANCO N. 17	SANTA CECELEA	
MUNICÍPIO:	UF:	CEP:
JOÃO DE POMBAL	RN	59324000
NOME DO PAI:	NOME DA MÃE:	TELEFONE:
JOSEILDO MEDEIROS DA SILVA	ANA ELIZABETE ABDEA	996549706
RESPONSÁVEL:		
O PAC		DA SILVA

PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

CLÍNICA:	ENFERMARIA/LEITO:	INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE
() MÉDICA (X) ORTOPÉDIA		() DE TRABALHO () DE TRANSITO
() CIRÚRGICA () PEDIATRIA		() DE OUTROS FINS () NÃO
DIAGNÓSTICO INICIAL:		MÉDICO SOLICITANTE: Filho Dr. Silvio Ortopedia e Traumatologia CRM-RN 4448 - TDT 0879 CPF 021.728.284-46
INTERNAÇÃO	ORIGEM RESIDÊNCIA?	UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE
DATA	HORA	
	() SIM () NÃO	
PROCEDÊNCIA:		CARÁTER DE INTERNAÇÃO:
		() ELETIVA () NORMAL (X) EMERGÊNCIA
RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)		

RPROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)	TIPO DE PROCEDIMENTO:	
Tuete Chirico	(X) LIMPO () INFECTADO () CONTAMINADO	
	() POTENCIAL M. CONTAMINADO	
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)	DATA:	HORA:
APRESENTOU INFECÇÃO?	FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:	
() HOSPITALAR () COMUNITARIA (X) NÃO	() PROFILATICAMENTE (X) NÃO	
	() TERAPEUTICAMENTE	
MOTIVO DA SAÍDA (AIH):	SE MOTIVADO SAÍDA - I (remoção) ASSINAL DETALHAMENTO DA ALTA	
(X) ALTA () REMOÇÃO () ÓBITO ATÉ 24 HORAS	() CURADO (X) MELHORADO () INALTERADO () A PEDIDO	
() ÓBITO APÓS 24 HORAS	() ADMINISTRATIVO () POR INDISCIPLINA () EVASÃO	
	() INTER.P/DIAGNOSTICO () P/COMPLEMENTAÇÃO F.DE ACIDENTE	
PREENCHER SE MOTIVO 2 - (REMOÇÃO)		
INDICAÇÃO CLÍNICA:	DESTINO:	
PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA - ÓBITO	OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO:	MÉDICO RESPONSÁVEL:
CAUSA MORTE:	() SIM () NÃO	(carimbo/assinatura) Filho Dr. Silvio Ortopedia e Traumatologia CRM-RN 4448 - TDT 0879 CPF 021.728.284-46



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Nº DE REGISTRO: 023927

DATA: 03.01.18

NOME DO PACIENTE:

KEVEN BRAYAN ABDEAS MENEZES

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FÍSICO.

Ref. frambuesa + hematuria

Intestino - alívio incômodo



HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Ref. frambuesa

ASSINATURA DO MÉDICO:

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 4459 - TBM 9821
139-021.730.204-44



Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	Nº de Registro	Data Admissão
KEVEN BRAYAN ABOLAS	023927	030218

MEMBERS

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	GEN
04/01/18	00:30	Paciente admitida neste setor hospitalar, proveniente da urgência deste hospital devido a acidente automobilístico - laqueado, amputado, hidratado, afilado, normotenso, aparenta H.D. de fratura e de antebraço E. Pst. foi auxiliado pelo enfermeiro Dr. Silvio Filho. Segue sob cuidados de enfermeiro.	Carissa Gomes da Silva Enfermeira OREN/RN 478897-ENB
04/01/18	00:30	SSV: T: 36.4°C	Carissa Gomes da Silva



Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

Confere com o Original

Caicó - RN, ____/____/____

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	4. CNES: 6.778.580
5. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: KEVIN BRAYAN ASSIS MENDONÇA	6. Nº DO PRONTUÁRIO: 024.009
CPF: _____	RG: _____

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 898005121206676	8. DATA DE NASC. 07/10/1976	9. SEXO MASC. (X) FEM. ()
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ANA ELIZABETH ASSIS DA SILVA	DDD 84	11. TELEFONE DE CONTATO 9642.0031
12. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) AV. RIO BRANCO, 17	SANTA CECÍLIA	
13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA JARDIM DO FREIARADO	14. COD. IBGE MUNICÍPIO	15. UF RN
	16. CEP 59324-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Fiebre e Dor de cabeça	18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Le	19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Heck
20. DIAGNÓSTICO INICIAL: Intelect	21. CID 10 PRINCIPAL: 5528	22. CID 10 SECUNDÁRIO:
23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:		

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

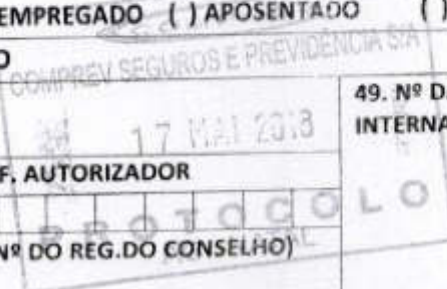
24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Kortikins	25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 080802042		
26. CLÍNICA	27. CARATER DA INTERNAÇÃO	28. DOCUMENTOS () CNS () CPF	29. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.
30. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST. Dr. Silvio Soares Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 4119 - RQE 0873	31. DATA DA SOLICITAÇÃO 11/1/18	32. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO) Dr. Silvio Soares Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 4119 - RQE 0873	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33. () ACID. DE TRANSITO	36. CNPJ DA SEGURADORA	37. Nº DO BILHETE	38. SÉRIE
34. () ACID. TRABALHO TÍPICO	39. CNPJ DA EMPRESA	40. CNAE DA EMPRESA	41. CBOR
35. () ACID. TRABALHO TRAJETO			
42. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

43. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	44. COD. ORGÃO EMISSOR	49. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45. DOCUMENTOS () CNS () CPF	46. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
47. DATA DA AUTORIZAÇÃO	48. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	





Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

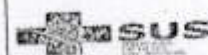
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

Confere com o Original

Caicó - RN, ____/____/____

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA

NOME DO PACIENTE:

REVIN BRAYAN ABDIAS DE OLIVEIRA

REGISTRO PRONTUÁRIO:

024.005

DATA NASCIMENTO:

07.07.2016

SEXO:

M

ENDEREÇO (Rua, Número)

AV. RIV. BRANCO, 17

BAIRRO:

SANTA CECILIA

MUNICÍPIO:

JARDIM DE PARANHOS

UF:

RN

CEP:

59.324-00

TELEFONE:

4642.0038

NOME DO PAI:

JOSÉ MILTON M. DA SILVA

NOME DA MÃE:

ANN ELIZABETH A. DA SILVA

RESPONSÁVEL:

Joyce

PREENCHIMENTO MÉDICO

(Preenchimento médico)

CLÍNICA:

() MÉDICA

() ORTOPÉDIA

() CIRÚRGICA

() PEDIATRIA

ENFERMARIA/LEITO:

INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE

() DE TRABALHO

() DE TRANSITO

() DE OUTROS FINS

() NÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Prostata e

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 4419 - TÍTUL 9878
CPF 021.228.284-44

MÉDICO SOLICITANTE

INTERNAÇÃO

ORIGEM RESIDÊNCIA?

() SIM

() NÃO

UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE

DATA

HORA

PROCEDÊNCIA:

CARÁTER DE INTERNAÇÃO:

() ELETIVA

() NORMAL

() EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA

(Preenchimento médico)

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)

Tratamento

TIPO DE PROCEDIMENTO:

() LIMPO

() INFECTADO

() CONTAMINADO

() POTENCIAL M. CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)

DATA:

HORA:

APRESENTOU INFECÇÃO?

() HOSPITALAR

() COMUNITARIA

() NÃO

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:

() PROFILATICAMENTE

() NÃO

() TERAPEUTICAMENTE

MOTIVO DA SAÍDA (AIH):

() ALTA

() REMOÇÃO

() ÓBITO ATÉ 24 HORAS

() ÓBITO APÓS 24 HORAS

SE MOTIVADO SAÍDA = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTO

() CURADO

() MELHORADO

() INALTERADO

() ADMINISTRATIVO

() POR INDICIPLINA

() EVASÃO

() INTER.P/DIAGNOSTICO

() P/COMPLETACÃO F.D.E

PREENCHER SE MOTIVO 2 - (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:

DESTINO:

PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO

OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO:

() SIM

() NÃO

CAUSA MORTE:

MÉDICO RESPONSÁVEL:
(carimbo/assinatura)
Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 4419 - TÍTUL 9878
CPF 021.228.284-44



N° Registro:

Data Admission

Nome do Paciente

Nome do Procedimento Cirúrgico

Descrição do Atto Operatório (Técnica, Ligaduras, Sufuras, Drenagem, Fechamento)

Durnacho

Civarc

Comput

Drenos

1000000000

Início

Termino

1850

Гүлс:

Comput

Drenos

DD + A

Apple

Increased spinal fluid C

Lauren Williams

Revised

2000

ferrosia

Superior

Confere com o Original

Caicó - RN, / /

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
7 MAI 2018

17 MAI 2018

17 MAR 1968
PROTOCOLLO
AG. NATAL

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-SP 4419 - TMT 8073

IPF 021.720.284-4

1st Auxiliary2^o Auxiliar:

Cirurgião



Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

Confere com o Original

Caicó - RN, ____/____/____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Nº DE REGISTRO:

024.005

DATA:

11.01.2018

NOME DO PACIENTE:

ROBIN BRAYAN ARODIAN MEDEIROS

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FÍSICO.

Historia da Doença
Doença de base
Tratamento

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

ASSINATURA DO MÉDICO:

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 4419 - TETO 9878
CPF 021.728.284-48



Confere com o Original

Caicó - RN, ____/____/____

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:

Nº de Registro

Data Admissão

KEVIN BRAYAN ABDIAT M 000120

024005	110118
--------	--------

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
11.01.18	10:08	PACIENTE FOI ADMITIDO NA CL. CIRURGICA VINDO DE CASA CONSCIENTE E ORIENTADO, COM RETORNO P/ PROCEDIME- NTO CIRURGICO EM ANTEBRACO ESQUERDO, AFEBRIL, NORMOCORADO, EUPNEICO EM ORAMBIENTE, ELIMINAÇÕES FISIOLOGICAS (+), NEGA ALERGIA AS MEDICAÇÕES. SEGUE SOB OS CUIDADOS DA EQUIPE.	Abigail Santana Enfermeira COREN-PR 270141
11/01/18	13h00'	Menor de 16 anos deu entrada neste bloco cirurgico para submeter-se a cirurgia de Proctomiquis de ante braco Esquedo. Iniciado procedimento anestésico por Dr. Figueiredo tipo Geral, Monitorado com FC: 45; Pulso 149bpm SpO2: 97%. Iniciado procedimento cirurgico p/ Dr. Silvio Filho em ante braco Esquedo. Após eintem, moldado Tala gessada. Após recuperação anestésica, expulso p/ clinica cirurgica. Alimenta- ção livre após 4 horas.	Regina Tereza
12/01/18	10:00	menor foi atendido por DR. Silvio Fulbo em urgência dentro do hospital lic. - no por...	



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:

Kevin Bryan Dória Soares

REGISTRO/PRONTUÁRIO:

054398

DATA NASCIMENTO:

07/10/1996

SEXO:

Masc.

ENDEREÇO (Rua, Número)

R. João Luiz Branco, 217

BAIRRO:

Centro

MUNICÍPIO:

St. de Pranhos

UF:

PR

CEP:

53324-000

TELEFONE:

NOME DO PAI:

Jose nilao Soares da Silva

NOME DA MÃE:

Elizabeth Soares do Sul

RESPONSÁVEL:

Isabel

PREENCHIMENTO MÉDICO

(Preenchimento médico)

CLÍNICA:

☐ MÉDICA

☒ ORTOPÉDIA

☐ CIRÚRGICA

☐ PEDIATRIA

ENFERMARIA/LEITO:

INTERNACÃO DECORRENTE DE ACIDENTE

☐ DE TRABALHO

☐ DE TRANSITO

☐ DE OUTROS FINS

☐ NÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Fratura de fêmur

MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Silvio Santos Filho

Ortopedista e Traumatologista

CRM-PR 4414 - TIRIT 9678

CPF 021.729.284-68

INTERNACÃO

ORIGEM RESIDÊNCIA?

UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHADA

DATA

HORA

☐ SIM

☐ NÃO

PROCEDÊNCIA:

CARACTER DE INTERNAÇÃO:

☐ ELETIVA

☒ NORMAL

☐ EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA

(Preenchimento médico)

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/ Descrição)

Redução

TIPO DE PROCEDIMENTO:

☒ LIMPO

☐ INFECTADO

☐ CONTAMINADO

☐ POTENCIAL M. CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/ Descrição)

DATA:

HORA:

APRESENTOU INFECÇÃO?

☐ HOSPITALAR

☐ COMUNITARIA

☒ NÃO

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:

☐ PROFILATICAMENTE

☒ NÃO

☐ TERAPEUTICAMENTE

MOTIVO DA SAÍDA (AIH):

☒ ALTA

☐ REMOÇÃO

☐ ÓBITO ATÉ 24 HORAS

☐ ÓBITO APÓS 24 HORAS

SE MOTIVADO SAÍDA = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTO DA ALTA

☒ CURADO

☐ MELHORADO

☐ INALTERADO

☐ A PEDIDO

☐ ADMINISTRATIVO

☐ POR INDICIPLINA

☐ EVASÃO

☐ INTER.P/DIAGNOSTICO

☐ P/COMPLEMENTAÇÃO F.DE ACIDENTE

PREENCHER SE MOTIVO 2 - (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:

DESTINO:

PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO

OCORREU ÓBITO CAUSADO

POR INFECÇÃO:

☐ SIM

☐ NÃO

CAUSA MORTE:

MÉDICO RESPONSÁVEL:

(carimbo/assinatura)

Dr. Silvio Santos Filho

Ortopedista e Traumatologista

CRM-PR 4414 - TIRIT 9678

CPF 021.729.284-68

Kevin

Secretaria Estadual de Saúde - Superintendência do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Sertão

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulista - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (ME): 08.741.754/0135-57 - Telefex: (0**84) 3421-9630, e 9628

5. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:	
NOME: <i>Kevin Dorian Dorian Kevin</i>	6. Nº DO PRONTUÁRIO <i>034398</i>
CPF:	RG:

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <i>898005121206676</i>		8. DATA DE NASC. <i>07/07/66</i>	9. SEXO MASC. (X) FEM. ()
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Dna Elizabeth Dorian da Silva</i>		11. TELEFONE DE CONTATO <i>9930-751</i>	
12. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Rua Rio Branco, 217</i>		13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>S. de Pombas</i>	
14. COD. IBGE MUNICÍPIO		15. UF <i>RN</i>	16. CEP <i>59324000</i>

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <i>listar anexo</i>	
---	--

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <i>PC</i>	
---	--

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <i>44 R</i>			
20. DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>listar anexo</i>	21. CID 10 PRINCIPAL:	22. CID 10 SECUNDÁRIO:	23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Retiro</i>		25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26. CLÍNICA	27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28. DOCUMENTOS () CNS () CPF	29. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.
30. NOME DO PROFESSOR <i>Dr. Silvio Sampaio</i> Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 4419 - TIRIT 0024 CPF 021.728.256-00		31. DATA DA SOLICITAÇÃO <i>13/11</i>	32. ASSINATURA E CARIMBO DO REG. DO CONSELHO <i>Dr. Silvio Sampaio</i> Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 4419 - TIRIT 0024 CPF 021.728.256-00

33. <input checked="" type="checkbox"/> ACID. DE TRANSITO				36. CNPJ DA SEGURADORA		37. Nº DO BILHETE		38. SÉRIE	
34. () ACID. TRABALHO TÍPICO				39. CNPJ DA EMPRESA		40. CNAE DA EMPRESA		41. CBOR	
35. () ACID. TRABALHO TRAJETO									
42. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO									

43. NOME DO PROF. AUTORIZADOR		44. COD. ORGÃO EMISSOR		45. DOCUMENTOS () CNS () CPF		46. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR		47. DATA DA AUTORIZAÇÃO	
								48. ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REG. DO CONSELHO	
								49. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

COMPREV-SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
17 MAI 2013
PROTÓCOLO
AG. HOSPITAL



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Estrada do Perimetro Irrigado Sabugi, SN - Bairro Paulo VI - Caicó/RN
CEP: 59.300-000 - Telefone: (84) 3421-9630 / 9628 / 9620
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57

LAUDO DE CIRURGIA

Nome do Paciente

KEVIN BRAYAN A. ARAÚJO

Nº Registro

Data Admissão

Nome do Procedimento Cirúrgico

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data
01/03/18

Início
13:20h

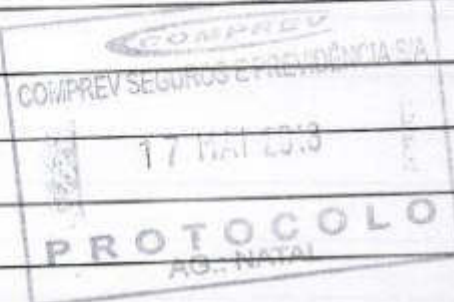
Término
13:30h

Duração
15m

Gazes

Compr

Drenos



1º Auxiliar

2º Auxiliar

Cirurgião



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (ME): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

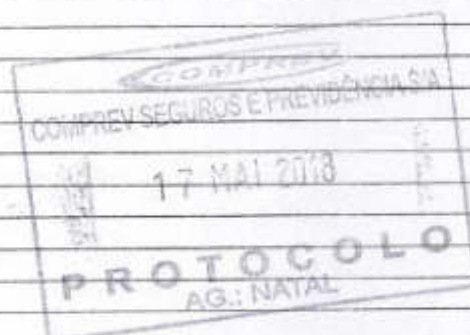
Nº DE REGISTRO: 024398

DATA: 22/02/18

NOME DO PACIENTE: Kevin Bryan Alves Soares

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FÍSICO.

Estudo de
Befio :



HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Estudo de
Befio :

ASSINATURA DO MÉDICO:

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 4418 - 1207 0822
CPF 021.330.784-44

Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	Nº de Registro				Data Admissão			
	Kevin Mayan A. Pereira				02/03/2018			

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
01.03.18		<p>Paciente que entrou no 3º PI apresentando a uma retensão de são de 120/80, sobre o exame de urina geral. Apresenta 1º Soro Cirurgião de Mão Fina. Data: 13.03.18 Obs: 8º ex. PI está.</p> <p><i>Maria das</i> Maria das Dores da Silva COREN/RN 620.379-TE</p>	

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
17 MAI 2018
PROTOCOLO
AG.: NATAL

ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM TRAUMA E ORTÓPEDIA

DATA DO ATENDIMENTO: 01 / 02 / 18

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: IOHPS

PACIENTE: Kevin Grayson Odian Yodanis

DN: 07/07 16

RG-

CPF:

SUS: 898005131306676

ESTADO CIVIL:

SEXO: 01a

IDADE: M

TELEPHONE:

PAI-

PAL: Freemido Yod da Selma / Dna Elizabeth D. do Filho

ENDERCO:

ENDERÇO: R. Dr. Lívio Freire

BAIRRO:

CIDADE:

MÉDICO

MÉDICO: *Dr. J. Fichó*

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

LAUDO MÉDICO

PRINCIPAIS SINAIS CLINICOS:

PRINCIPAIS RESULTADOS DA PROVA DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

PROCEDIMIENTO INDICADO:

COMPREV SECOURS PREVIDENCIA SA

17 MAI 2016

PROTOCOLLO
AG.: NATAL

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO:

CID:

CODIGOSIA/SUS: 6303090090

CIRÚRGIAO:

CRM:

EQUIPE MÉDICA:

AUXILIAR:

CRM

~~Dr. Silvio Samuël, MD~~

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE:

CRM/RN 4419

AUDITOR:

Kevin Brayan Abdien
Medlinon



COMPREHENSIVE
COMPREHENSIVE

17

R

Kevin Bryan Abdias
Medico

22022018

IEC CL 1000



Kévin Brayan Abdón
Medeiros



PROCESSED



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
KÉVIN BRAYAN ABDIAS MEDEIROS

MATRÍCULA:
0941690155 2016 1 00020 070 0006760 28

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

sete de julho de dois mil e dezesseis

DIA MÊS ANO

07/07/2016

HORA

17:25

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Catolé do Rocha - PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA
FEDERAÇÃO

Jardim de Piranhas - RN

LOCAL DE NASCIMENTO

HOSPITAL REGIONAL DR.
AMÉRICO MAIA DE
VASCONCELOS, EM CATOLÉ DO
ROCHA/PB

SEXO

Masculino

FILIAÇÃO

JOSENILDO MEDEIROS DA SILVA
ANA ELIZABETE ABDIAS DA SILVA

AVÓS

JOSÉ DA SILVA e SINFOROSA MEDEIROS

SEBASTIÃO INÁCIO DA SILVA e MARIA LÚCIA ABDIAS

GÊMEO

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO INFORMADO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

doze de julho de dois mil e dezesseis

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30695202741

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

ATO REGISTRADO NO LIVRO A-20, FOLHA 70, TERMO Nº 6760.

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO

Oficial: Ricardo Anderson Rios de Souza Martins
Rua Manoel Antônio, nº 123, Centro
Jardim de Piranhas - RN
(84)3423-2762

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Jardim de Piranhas - RN, 12 de julho de 2016

Assinatura do Oficial/Substituto

Mabelle Santos Araujo
ESCREVENTE AUTORIZADA



OFÍCIO ÚNICO DE JARDIM DE PIRANHAS-RN
Rua Manoel Antônio Filho, 123 - Centro
Tel.: (84) 3423-2762

Ricardo Anderson Rios de Souza Martins
Oficial Titular

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

17 MAI 2018

PROTOCOLO
AQ.: NATAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

10 VACINADO

POLEGAR DIREITO

Assinatura do Titular: Ana Elizabete Abdias da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2832133 1.VIA 22/04/2006

NOME ANA ELIZABETE ABDIAS DA SILVA

RELACÃO

SEBASTIAO INACIO DA SILVA
MARIA LUCIA ABDIAS

NATURALIDADE JARDIM DE PIRANHAS RN DATA DE NASCIMENTO 03/12/1990

DOC ORIGEM CERT.NASC.No.1345 L.04 F.187

UFF JARDIM DE PIRANHAS RN CARTORIO

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
109.627.414-00

Nome
ANA ELIZABETE ABDIAS DA SILVA

Nascimento
03/12/1990

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
AC00.6B2B.57B9.0DCE

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 14:10:00 do dia 06/05/2014 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

17 MAI 2018

PROTOCOLO

AG.: NATAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 GOV. GERALDO VIEIRA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO TECNOLÓGICO DE PERÍCIA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO




JOSE DE FRANCO PEREIRA
 CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10/08/2017

772.406

JOSE DE FRANCO PEREIRA

LUIZ DE FRANCO PEREIRA
 BRISIDA PEREIRA SANTAS

SÃO FERNANDO RN

CERT. DE NASCIMENTO L-6 F-483 89-950
 SÃO FERNANDO RN-CARTÓRIO UNICO CARTÓRIO

626.319.494-72

05/09/1968

3a. Via

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 17 MAR 2018
 PROTOCOLO
 AQ: NATAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0179071/18
Vítima: KEVIN BRAYAN ABDIAS MEDEIROS
CPF: 109.627.414-00

CPF de: Representante

Data do Acidente: 03/01/2018
Titular do CPF: ANA ELIZABETE ABDIAS DA SILVA

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

ANA ELIZABETE ABDIAS DA SILVA : 109.627.414-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOSE DE FRANCA PEREIRA : 626.319.694-72

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

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/05/2018
Nome: JOSE DE FRANCA PEREIRA
CPF/CNPJ: 626.319.694-72

JOSE DE FRANCA PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/05/2018
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0179071/18

Vítima: KEVIN BRAYAN ABDIAS MEDEIROS

CPF: 109.627.414-00

Data do Acidente: 03/01/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: ANA ELIZABETE ABDIAS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

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: 25/05/2018
Nome: JOSE DE FRANCA PEREIRA
CPF: 626.319.694-72

JOSE DE FRANCA PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/05/2018
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180229085 **Cidade:** Cruzeta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KEVIN BRAYAN ABDIAS MEDEIROS **Data do acidente:** 03/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

Outorgante:

Ana Elizabete Abdias da Silva, brasileiro (a),
Estado civil solteira profissão costureira, residente e domiciliada (o)
A Rua AVENIDA Rio Branco, nº 17, Bairro;
Santa Cecília, Município Jardim de Piranhas,
Estado de (o) Rio Grande do Norte/RN, Cep: 59.324-000
Portador (a) do RG: 2832133 SSP/RN, CPF: 109.627.414-00.

Outorgado:

José de Franca Pereira, brasileiro (a), estado civil, Solteiro, profissão Técnico de Enfermagem,
residente e domiciliado na Rua; Maior Cazuza, nº 647, Centro, Município de Timbauba dos
Batistas/RN, CEP: 59.320-000 Estado do Rio Grande do Norte/RN, portador do RG: 772.406
SSP/RN, e CPF: 626.319.694-72.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a)
outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer
seguradora integrante do Consorcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou
em acidente de transito (a) Sr (o) Kevin Brayan Abdias Medeiros
Ocorrido em, 03/01/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante
procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-
me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSOCIOS DE SEGURO DPVAT**, a fim de que o
outorgado de entrada em meu pedido de indenização de seguro DPVAT a ser creditado em
conta bancaria de minha titularidade conforme a ficha de autorização de pagamento e
poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora,
podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e
praticar, enfim, todos os atos de direito, permitido para perfeito cumprimento deste mandato
da vítima.

Jardim de Piranhas/RN, 26 de AbriL de 2018

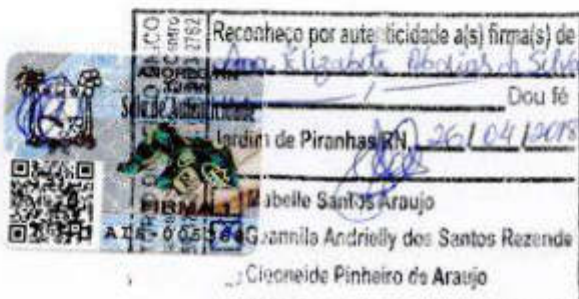


Ana Elizabete Abdias da Silva

Outorgante

CPF nº 109.627.414-00

Obs. Reconhecer firma por autenticidade verdadeira.



Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: ANA ELIZABETE ABDIAS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180229085

Vitima: KEVIN BRAYAN ABDIAS MEDEIROS

Data do Acidente: 03/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180229085**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12845922



Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: ANA ELIZABETE ABDIAS DA SILVA
Nº Sinistro: 3180229085
Vitima: KEVIN BRAYAN ABDIAS MEDEIROS
Data do Acidente: 03/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180229085**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: ANA ELIZABETE ABDIAS DA SILVA

Sinistro: 3180229085
Vítima: KEVIN BRAYAN ABDIAS MEDEIROS
Data do Acidente: 03/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180229085** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Carta nº: 13012105

A/C: ANA ELIZABETE ABDIAS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180229085
Vítima: KEVIN BRAYAN ABDIAS MEDEIROS
Data do Acidente: 03/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANA ELIZABETE ABDIAS DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000758

Conta: 0000022675-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180229085**
Nome do(a) Examinado(a): **KEVIN BRAYAN ABDIAS MEDEIROS**
Endereço do(a) Examinado(a): **AV RIO BRANCO nº 17 - CENTRO - JARDIM DE PIRANHAS/RN**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2832133 - SSP**
Data e local do acidente: **03/01/2018 CRUZETA/RN**
Data e local do exame: **12/06/2018 CAICO/RN**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fraturas em antebraço esquerdo.

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

A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico. Redução e fixação com fio de kirschner, ja retirado. uso de tipoia por 60 dias, evoluiu sem complicações. Com alta médica.

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

Ao exame físico menor apresenta deformidade no antebraço esquerdo e dor local aos esforços físicos e diminuição da força muscular no membro superior esquerdo. Sem déficit neurológico.

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

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

Limitação funcional leve do membro superior esquerdo

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

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

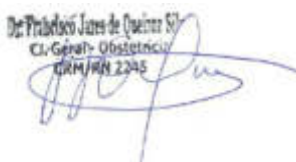
Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. -

Médico Perito: FRANCISCO JARES DE QUEIROZ SILVA CRM:2245/RN


Dr. Francisco Jares de Queiroz Silva
Cl. Geral - Obstetrícia
CRM/RN 2245

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

Kévin Braxton Abdias Medeiros

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Ana Elizabeth Abdias da Silva</i>		CPF titular da conta <i>109.627.454-00</i>	Profissão <i>Costureira</i>
Endereço <i>Rua: Avenida Rio Branco</i>		Número <i>17</i>	Complemento <i>Casa</i>
Bairro <i>Santa Cecília</i>	Cidade <i>Jardim de Pinacola</i>	Estado <i>RN</i>	CEP <i>59.324-000</i>
Email		Telefone (DDD) <i>84.9.9642-0038</i>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA
- ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
- ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
- ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

NRO.
0758

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.
00022675

(Informar dígito se existir)

D/V

4

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
17 MAI 2018
FOTO COLO

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Jardim de Pinacola 14 de Maio de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Ana Elizabeth Abdias da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

terias CAIXA

CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

129-842879861-1

09/MAI/2018 HORA DE 15:06:20

LOT: 17.19978-9 TERM: 03125
LOCALIDADE: CAICO
AG. VINCULADA: 0758 CONTROLE: 632884734

DEPOSITO EM DINHEIRO

0758 013 00022675-4

ANA ELIZABETE ABDIAS DA SILVA

VALOR : 

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

129-842879861-1

1ª VIA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
17 MAI 2018
PROTOCOLO
AG.: NATAL



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 00755

1 - LOCAL E DATA

Local RN 288 - Div. Lige São José do Seridó - RN à Bairro zona Rural
Cidade/UF Cruzeta/RN P. Ref. Aprox. 3km após Cruzeta - RN
Data 03/01/2018 Hora do acidente 20:10h Hora do registro 22:40h Dia da semana Quinta Feia

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☒ - Choque ☒ - Outro(s) SAÍDA DE PISTA SEGUIDO DE ...

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MNP-1415 Cidade Jardim de Pombas UF RN
Marca/Mod. I/M. BENZ 313 CDI SPRINT Cor Branca Ano 2007 / 2007
Proprietário VINÍCIUS FREIRE N° de Ocupantes 08
Condutor VINÍCIUS FREIRE Data de Nasc. 24/12/1984
Endereço Rua Cel. João Florêncio, N° 411 Fone (84) 99802-6065
Bairro São José Cidade Jardim de Pombas UF RN
CPF N° 051.060.914-70 CNH N° 03836349937-RN Validade 11/07/2021 Categoria D
Local de Trabalho EMPRESA COOPETESE Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

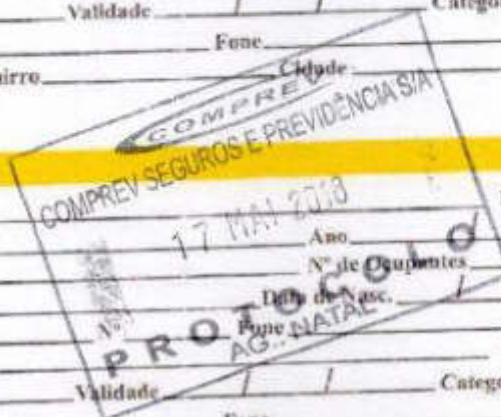
Placa ou Chassi OJS-5551 Cidade Caicó UF RN
Marca/Mod. R/PRESIDENTE TRÁ CARGA 1 Cor Branca Ano 2013 / 2013
Proprietário EURIANDES DE ALMEIDA MIRANDA CPF: 029.761.784-29 N° de Ocupantes 1
Condutor _____ Data de Nasc. 1/1
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade 1/1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. 1/1
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade 1/1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. 1/1
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade 1/1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? Na Rm 288 - Que liga Cruzeta-RN à Acari-RN.

Em que sentido? Acari-RN / Cruzeta-RN.

Em que faixa? Única.

Versão do condutor Disse que conduzia seu veículo (V1) pela Rm e sentido pei-
ma cidade e ao iniciar a descida de um declive suave, depar-
ou-se com um animal (cavalo) sobre a pista de rolamento da
rodovia. Ao tentar desviar seu veículo do animal, perdeu o controle,
saiu da pista de rolamento, desceu um barranco e terminou
se chocando contra uma barreira de terra dentro da vegeta-
ção. Afirmou ainda, que mesmo ferido e sentindo muitos dores
ainda conseguiu tirar algumas pessoas do interior do veículo
e que logo chegou ambulâncias que fez o socorro das vítimas.

Assinatura do Condutor do V1 Eliseu Brasil 9:04h do dia 01/05/2018.

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V2 _____

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

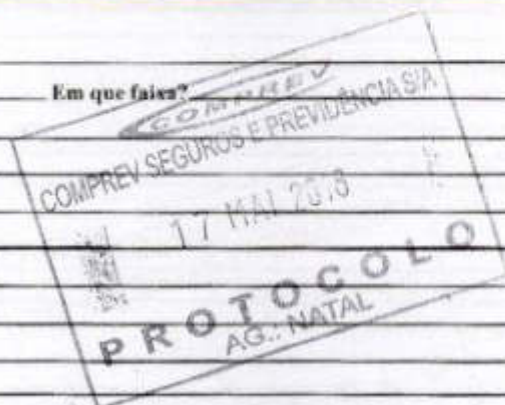
Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____



Assinatura do Condutor do V4 _____

Abílio Chacon Filho. Depois HRS em Caicó - RN.

11 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Unid. de Saúde Mista Presencioso: ☐ Fato ☐ Registro
Nome VINÍCIUS FREIRE - CPF.: 051.060.914-70
RG Nº 002.189.756 Órgão Expedidor SSP RN Data de Nascimento 24 / 12 / 1984
Endereço Rua Cel. João Florêncio Nº 411 Fone (84) 9 9802 - 6065
Bairro São José Cidade Jardim de Piranhas UF RN
Versão Segue a mesma versão do campo 7 (comp. do V4).
Assinatura _____ Hora _____

Chacon Filho. Depois HRS em Caicó - RN.

12 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Unid. Saúde Mista Abílio Presencioso: ☐ Fato ☐ Registro
Nome ANA ELIZABETH ADEIAS DA SILVA - CPF.: NÃO INFORMADO
RG Nº NÃO INFORMADO Órgão Expedidor NÃO INFORMADO Data de Nascimento 03 / 12 / 1990
Endereço Av. Rio Branco Nº 17 Fone NÃO INFORMADO
Bairro Santa Cecília Cidade Jardim de Piranhas UF RN
Versão _____
Assinatura _____ Hora _____

Chacon Filho. Depois HRS em Caicó - RN.

13 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Unid. de Saúde Mista Abílio Presencioso: ☐ Fato ☐ Registro
Nome MACIELE PEREIRA DE ARAUJO - CPF.: 053.340.544-74
RG Nº 002.354.508 Órgão Expedidor SSP RN Data de Nascimento 31 / 05 / 1984
Endereço Rua Manoel Medeiros Nº 110 Fone (84) 9 8702 - 2332
Bairro São José Cidade Jardim de Piranhas UF RN
Versão _____
Assinatura _____ Hora _____

Abílio Chacon Filho. Depois HRS em Caicó - RN.

14 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Unid. de Saúde Mista Presencioso: ☐ Fato ☐ Registro
Nome JOSENILO MEDEIROS DA SILVA - CPF.: NÃO INFORMADO
RG Nº NÃO INFORMADO Órgão Expedidor NÃO INFORMADO Data de Nascimento 22 / 05 / 1976
Endereço Av. Rio Branco Nº 17 Fone (84) 9 9948 - 5178
Bairro Santa Cecília Cidade Jardim de Piranhas UF RN
Versão Deixei esse carro com os passageiros do V4 e fui até a maternidade de Natal - RN para fazer exames e que os estavam dentro de um carro - RN. Quando voltei para o V4, o veículo desceu sem direção e daí se despararam com um animal na pista de estacionamento (Cavalo). Nesse momento, o cond. tentou desviar o veículo e daí houve o acidente. O veículo saiu da pista de estacionamento e se chocou com o muro de concreto.
Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO contra um muro de terra. Ainda ainda que mesmo ferido e ensanguentado, o cond. do veic. começou a retirar algum passageiro do veic. e que momentos depois chegou ao ambulatório. RG Nº _____ Órgão Exp. _____
Endereço _____
Bairro _____ Cidade _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☒ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☒ NÃO AIT Nº _____ Cód/Desd _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

- Que ambos os veículos se encontravam no local;
- Que no local há grande movimentação de veículos;
- Que no local não há nenhum tipo de sinalização vertical;
- Que todos os ocupantes do veículo, inclusive o motorista, sofreram lesões corporais;
- Que todas as vítimas foram socorridas para a Unidade de Saúde Mista da cidade de Caicó - RN;
- Que segundo as informações dos Boletins Médicos emitidos pela unidade de saúde "suspeita de lesão", o cond. do veic. sofreu múltiplas contusões na face e pancadas pelo corpo foi transferido para o Hosp. Reg. da Saúde em Caicó - RN;
- Que a Sra. ANA ELIZABETH teve fratura de fêmur e também foi transferida para o mencionado hospital;

Nome Completo do Agente Abílio Chacon Filho
POSTO/GRAD.: 2º SGT. PM Nº 97.184 Viatura TG-02 Subunidade 3º DPRE.
Local e Data Caicó - RN 03 de junho de 2018 Assinatura do Agente de Trânsito _____

Abílio Chacon Filho. Depois HRS em

11 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Unid. de Saúde Mista Presenciar: ☐ Fato ☐ Registro
 Nome KEVIN BRAYAN PEDRAS MEDEIROS - CPF.: NÃO INFORMADO!
 RG N° NÃO INFORMADO! Órgão Expedidor - Data de Nascimento 07 / 07 / 2016
 Endereço Av. Das Brancas Nº 17 Fone -
 Bairro Santa Cecília Cidade Jardim de Piranhas UF RN
 Versão -

Assinatura - Hora -
 12 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Unid. de Saúde Mista Presenciar: ☐ Fato ☐ Registro
 Nome YEGO MANOEL DE BRITO - CPF.: NÃO INFORMADO!
 RG N° NÃO INFORMADO! Órgão Expedidor - Data de Nascimento 12 / 02 / 2000
 Endereço Sítio Assembleia Nº 012 Fone NÃO INFORMADO!
 Bairro Zona Rural Cidade Jardim de Piranhas UF RN
 Versão -

Assinatura - Hora -
 13 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Unid. de Saúde Mista Presenciar: ☐ Fato ☐ Registro
 Nome DENISE GOMES DA SILVA - CPF.: 120.492.334-80
 RG N° 003.213.158 Órgão Expedidor SSP RN Data de Nascimento 20 / 08 / 1997
 Endereço Rua João Gonçalves Moura, Nº 45 Fone (84) 99972-1824
 Bairro Santo Amaro Cidade Jardim de Piranhas UF RN
 Versão Diz que era uma das promotoras do VL que lembrava que estava vindo de Natal - RN para Cairó - RN e que ao ver o VL preso o barbeiro na direção do mato. Depois foi lembrava de ter sido socorrida para o hospital de Cairó - RN.

Assinatura - Hora -
 14 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Unid. de Saúde Presenciar: ☐ Fato ☐ Registro
 Nome JOÃO VICTOR PEREIRA DUTRA - CPF.: NÃO INFORMADO!
 RG N° NÃO INFORMADO! Órgão Expedidor - Data de Nascimento 31 / 07 / 2000
 Endereço Rua Cap. José Vicente, Nº 180 Fone NÃO INFORMADO!
 Bairro - Cidade Jardim de Piranhas UF RN
 Versão -

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa - Cidade - UF - Marca/Modelo -
 Nome - RG N° - Órgão Exp. -
 Endereço - Nº -
 Bairro - Cidade - Fone -

16 - IMAGENS / FOTOS ☒ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☒ NÃO AIT N° - Cód/Desd -

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO. CONTINUAÇÃO

... Que KEVIN BRAYAN, filho de 1 ano e 8 meses de idade filho da Sra. ANA ELIZABETH e do Sr. JOSENILO MEDEIROS, teve uma fratura no braço esquerdo e também foi transferido para o HRS em Cairó - RN;
 - Que o Sr. JOSENILO MEDEIROS, esposo da Sra. ANA ELIZABETH sofreu múltiplas escoriações no tórax e membros, onde também, foi transferido para o HRS;
 - Que a Sra. MARIELE PEREIRA teve um trauma abdominal fechado, também foi transferido para Cairó - RN;
 - Que o jovem YEGO MANOEL foi transferido os presos da Unidade de Saúde Mista em Cairó - RN, para a cidade de Natal - RN, pois segundo seu Boletim médico o citando sofreu um traumatismo crânio encefálico - TCE;
 - Que a jovem DENISE GOMES fraturou a perna direita e sofreu uma pancada na região submandibular, causada-lhe um ferimento;

Nome Completo do Agente Abílio Chacon Filho
 POSTO/GRAD.: 2º SGT. PM N° 93.482 Viatura TG-02 Substituído: 3º DPRE
 Local e Data Cairó - RN, 03 de junho de 2018. Assinatura do Agente de Trânsito -

11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
☐ Testemunha
 Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
☐ Testemunha
 Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
☐ Testemunha
 Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
☐ Testemunha
 Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____
 Nome _____
 Endereço _____
 Bairro _____ Cidade _____
 Assinatura _____ Hora _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☒ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☒ NÃO AIT Nº _____ Cód/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO (CONTINUAÇÃO)

... Que o jovem JOÃO VICTOR, sofreu apenas trauma/escorpiões pelo corpo, sendo atendido na Unidade de Saúde Mista da cidade de Curitiba - PR e foi liberado. Com excesso do jovem YEGO que foi transferido para Natal - RN, do cond. do veic. que foi liberado após ser medicado no HRS em Curitiba - PR e mais o jovem JOÃO VICTOR que foi liberado após ser atendido na Unidade de Saúde Mista em Curitiba - PR, as demais vítimas ficaram internadas e em observações médicas no HRS em Curitiba - PR.

- Que a CNH do cond. e o CRLV se encontram em sua posse com a regularidade vigente;

- Que um reboque da empresa "TETÉ REBOQUE" fez a remoção dos veículos no local do sinistro.

Nome Completo do Agente Atílio Deantão Ribeiro
 POSTO/GRAD.: 2º SGT. PM Nº 97.482 Viatura TG-02 Subunidade 3º DPRE
 Local e Data Curitiba - PR 03 de Janeiro de 2018
 Assinatura do Agente de Trânsito Atílio - 2º SGT. PM

- Que algumas vítimas não prestaram seus esclarecimentos sobre o ocorrido, em razão das lesões sofridas e por estarem em observações médicas.

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Kevin Brayan Abdias Medeiros

CPF da Vítima

Data do Acidente

03/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Ana Elizabete Abdias da Silva

CPF do Representante legal

109.627.414-00

Email

Telefone (DDD)

84-9.9642-0038

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 5º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Jardim de Piratuba 14 de Maio de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Ana Elizabete Abdias da Silva

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Kevin Brayan Abdias da Silva

CPF da Vítima

Não tem

Data do Acidente

03/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Ana Elizabeth Abdias da Silva

CPF do Representante legal

109.627.414-00

Email

Telefone (DDD)

(84) 9.964.2-0038

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jardim de Pinheiros 29 de Maio de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Ana Elizabeth Abdias da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZETA
UNIDADE MISTA DE SAUDE ABILIO CHACON FILHO
Rua: Teotônio Guerra, 46 – CEP: 59375-000
Fone: 3473-2353 – Bairro Novo Horizonte-Cruzeta/RN

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários, que no dia 03 de janeiro de 2018, por volta das 20:35hs, recebemos o chamado para que a ambulância fosse ao local de um acidente com um veículo tipo Van da cidade de Jardim de Piranhas - RN nas imediações do município de Cruzeta – RN. Deu entrada nesta unidade de saúde o menor KEVIN BRAYAN ABDIAS MEDEIROS, 01 ano e 5 meses, com ferimento corto contuso região lateral esquerda da face +ou- 3cm e trauma no braço esquerdo (aumento de volume na região e hematoma).

O atendimento pré-hospitalar foi feito pelo Motorista e a Técnica de Enfermagem de plantão que conduziram a paciente para a Unidade Hospitalar onde foram realizados os primeiros atendimentos no setor de urgência e emergência, feito sutura do ferimento e em seguida encaminhado para o HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ em Caicó-RN para avaliação radiológica, investigação diagnóstica e tratamento.

Equipe de Plantão:

Médico: Dra Ileydes Rosales


Técnicos de Enfermagem: Djailton, Dalvacir Medeiros e Elizabeth Silva.

Motorista: Luciano Dantas

Vigilante: José Amarildo

Sendo esta a expressão da verdade, datamos e assinamos para que surtam os seus efeitos legais.

Cruzeta-RN, 12 de março de 2018.


Wenia Lelles A. Machado Medeiros

Diretora Administrativa

Port.005/2018

