

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, ja 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:



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/12

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Marmoz, 100, Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-200
CNPJ 28.324.198/0001-81 | CNPJ Est. 2005100-6 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE DA SILVA

ENDERECO DA UNIDADE DE CONSUMIDORA

AV RIO BRANCO 17

CPF: 937 557 914-04

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

CONTA CONTRATO	MÉS/ANO
0397883019	04/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRAZO DE PAGAMENTO
12/04/2018	04/05/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	40,98

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
004400529	UNICA	05/04/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/04/2018	3000251280	324828

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL			
Consumo Ativo (Wh)	QUANTIDADE 76.0000000	PREÇO (R\$) 0,53929525	VALOR (R\$) 40,98

TOTAL DA FATURA

40,98

DEMONSTRATIVO DE CONSULTO DE NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	DATA DA LEITURA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA DA LEITURA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE
21401-0011		07/03/2018	3.447,00	08/04/2018	3.762,00	29	1.00000	76,00

MÊS/ANO	VALOR	INFLAÇÃO DO TÍTULO			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
		BÁSIS DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Geração de Energia	R\$	VALOR (%)
ABR'18	76				Transmissão	R\$ 1,35	3,37%
MAR'18	64				Distribuição (Cosme)	R\$ 1,07	4,71%
FEV'18	83				Percdas de Energia	R\$ 10,07	24,57%
JAN'18	66				Energia gaseificada	R\$ 2,40	5,35%
DEZ'17	96				Energia gaseificada	R\$ 3,85	8,35%
NOV'17	95				Tributos	R\$ 6,20	22,43%
OUT'17	78				Total	R\$ 46,88	100%
SET'17	92						
AGO'17	80						
JUL'17	79						
ABR'17	96						
MAR'17	94						
FEV'17	89						

C137EQASADF1CEB7130B46331BF4DCA

O pagamento da nota fiscal é feito através de débito automático. Na data de vencimento, será debitado o valor da fatura, mais impostos, no anexo gen. br. O cliente é responsável pelo pagamento da continuidade individual ou do nível de fornecimento. Paga antecipado para multa 2% (R\$0,000200), até 15 dias após a data de vencimento da fatura. O cliente é responsável quando há desvio de fornecimento (desvio para dentro ou para fora do estabelecimento comercial).

Não existem débitos em 2018, a
ainda não existe. Esta determinação
é de responsabilidade da concessionária de
comunicação de energia que é a
Eletrobras, que é a única que tem
fornecimento direto (Art. 4º
Lei nº 10.000/2000). Para obter mais
informações sobre os débitos e
sobre a realização de cobranças de
dividas não tributárias em discussão
judicial, que possam ser
realizadas após o fim do processo
judicial.

DURADA E FREQUÊNCIA DA CONEXÃO				NÍVEIS DE TENSÃO		
DATA CONEXÃO	VALOR MÍNIMO	LIMITES MÍNIMOS	LIMITES MÁXIMOS	TENSÃO MÍNIMA (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO MÍNIMO	LIMITE DE VARIAÇÃO MÁXIMO
01/01/2018	0,17	0,02	10,00	21,73		
01/02/2018	1,00	2,00	8,70	13,46		
01/03/2018	0,17	0,02	0,00	0,00		
Último DCR: 12,22						

CONTA CONTRATO: 039788301920 MÉS/ANO: 12/2018 DATA DE VENCIMENTO: 12/04/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 40,98
83880000000-3 40980038400-7 39788301920-7-01114864113-5



CONFIRMADO
17 MAI 2018
PROTÓCOLO
AGENDA



COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Av. Senator Salgado Filho, 1535, Tér. CEP 59016-000
CNPJ: 29.354.589/01-05 / MEI: Edital 20011.126-3
Assin. Central (88) 3133-4432 / Ouvidoria (84) 3232-4988

RECABAMENTO ATENDIMENTO
Fone: (84) 3232-4988
Site: www.caern.com.br
E-mail: atendimento.caern@caern.com.br
88060-840105
34235550

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA-ES-OTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 01/03/2018 AS 09:43:35

MATRÍCULA

MÊS ANO

DADOS DO CLIENTE

46 8970

03/2018

JOSE DE FRANCA PEREIRA
RUA MAIOR CAZUZA, N. 647 - T. DOS BATISTAS TIMBAUBA DOS
BATISTAS RN 59320-000

INSCRIÇÃO	ROTA	BRINQUETA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
456.001.025.0055.000	1	3221	1

HORNETTO	SPRINGADARIA	SITUAÇÃO ESORTO
A030070557	LIGADO	POTENCIAL

CONSUNTO ÁGUA (m³): 0 DA A LEITURA: 01/03/2018
LEIT. ATUAL: 2403
LEIT. ANT.: 2403
DI. S CONSUNTO: 30

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	EF	CONSUMO	MÉDIA
01/2018	11	12/2017	11	0/2017	12	10
01/2018	11	11/2017	8	9/2017	12	

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA RES ENTRE 50 E 100M³ 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	0 m³	39,99

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERÍCIA MÁX(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	39,99	1,0	0,66
COFINS	39,99	7,6	3,04

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
15/03/2018	39,99

TABELA DE VALORES DAS TAXAS DE ÁGUA E ESGOTO					
Parâmetros	Tons/dia	R\$	Coef. Taxas	Giro Recalculado	Altura (mm/m)
CPN e Recalculado	0,0 a 0,5	8,0 a 8,5	% de Ajuste	0,5 a 2,0 m³/dia	≤ 10,0 mm/15
Várias Obras	37,3	7,7	100,0 %	0,16	--

826100000000 7 39998006456 5 004-028/7001 6 03201840093 9



MATRÍCULA	DATA	VALOR	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 França 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 invalido(a) da Vítima Kevin Brayan Abdias Medeiros, inscrito (a) no CPF sob o Nº — / — / —, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso 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	
<u>Rua: Major Cazuza</u>	<u>647</u>	<u>casa</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Timbaúba dos Batista</u>	<u>RN</u>	<u>59.350-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>zeotimbauba@hotmail.com</u>			<u>9.9622-0813</u>

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

José de França Pereira
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Vinicius Freire,

RG nº 00.3.189756, 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
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Kévin Brayan Abdias Melino cujo o condutor era
Vinicius Freire.

Veículo: MICROONIBUS

Modelo: I/M. BENZ 13 C01 SPRINTERM

Ano: 2007

Placa: MNP-1415

Chassi: 8AC9036717A965555

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)

NICO Centro Número 3-2752		Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de <u>VINICIUS FREIRE</u>	
Sociedade de Desenvolvimento Jardim de Piranhas/RN		— / — / — Dou fe	
CARTEIRA Rua Menezes CEP 59000-000		26/04/2018 <u>D. Freire</u>	
A Mabelle Santos Araujo		Geannila Andrielly dos Santos Rezende	
CARTEIRA Rua Menezes CEP 59000-000		<input checked="" type="checkbox"/> Cleoneide Pinheiro de Araújo	





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



Bebê

Nome: Kevyn Brayan Abílio Medeiros Reg: 15.367

D. Nas.: 07/04/2016 Cor: — Sexo: Masculino Est. Civil: Menor

Naturalidade: Cariri do Piauí Profissão: —

Endereço: R. Dr. Francisco M. 17. Cidade: Santíssimo de Piranhas

Data: 03/01/2018 Hora de Entrada: 20:55 SUS: —

Atend. 1ª Vez Subsequente

TA: _____ mmHg PULSO: _____ ppm RESPIRAÇÃO: _____ ppm T: _____ °C PESO: _____ kg

HISTÓRICO CLÍNICO

Enunciado vítima de acidente automóvel, levado ao hospital. Bebê.
Sintomas: hipotensão arterial, óxido de carbono.
Exame: exames de laboratório: sangue: hemoglobina: 10 g/dL; leucócitos: 10.000/mm³; plaquetas: 150.000/mm³; urina: negativa para proteinas e urobilinogeno. Sangue: hemoglobina: 10 g/dL; leucócitos: 10.000/mm³; plaquetas: 150.000/mm³; urina: negativa para proteinas e urobilinogeno.

CONDUTA

1. Sexta
2. Licenciamento Urgente Médico

Dra. Ileydis Rosales Reyes
Médica
CRM: 9062/RN

Médico - Carimbo

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

Trauma Braço Rg (Possível Fratura)

DESTINO DO PACIENTE

Removido em: 03/01/10

Hora: — h

Para: Hospital Regional SESP

Óbito em: — / — / —

Hora: — h

Fico no Local:

A Alta por Ordem Médica

À Pedido

À Revelia

Data 03/01/10 às — h





Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Sertão

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

CNPJ (ME): 08.241.754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, c 9628

RECEITUÁRIO

À Hospital do Sudo
Encaminho o menor Kevin Bryan ~~Abel~~
Meduros, 12 anos, vítima de
acidente automobilístico há 2
horas - Vias aéreas pernas, respirando
ar ambiente, estavam, glasgow
pediatrício 15, apresenta fratura
de rádio e ulna à Esquerda

03/01/2018


Dr. Delvyn Barros
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 Sabugí, 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 MENEZES	6. N° DO PRONTUÁRIO 023 927
CPF:	RG:

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8. DATA DE NASC. 07/10/1976	9. SEXO MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ANA ELIZABETE ABDEAS DA SILVA	DDD 84	11. TELEFONE DE CONTATO 84 9965419706
12. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) AV. RIO BRUNO N. 17 - SANTA CECILIA	13. MUNICIPIO DE RESIDENCIA JARDIM DE PESSOALIS	
	14. COD. IBGE MUNICIPIO	15. UF RN
		16. CEP 59324000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Febre alta febre amarela

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Doença febre amarela

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

20. DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>febre amarela</i>	21. CID 10 PRINCIPAL:	22. CID 10 SECUNDÁRIO:	23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
--	-----------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

24. DESCRIÇÃO DO PROCÉDIMENTO SOLICITADO <i>Teste para febre amarela</i>	25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26. CLÍNICA	27. CARATER DA INTERNAÇÃO <i>Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 4419 - TECOT 0878</i>	28. DOCUMENTOS <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	29. N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF.SOLIC./ASSIST.
30. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST. <i>Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 4419 - TECOT 0878</i>	31. DATA DA SOLICITAÇÃO <i>9/11/18</i>	32. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG.DO CONSELHO) <i>DR. JOSÉ VILAS BOAS</i>	

NÃO PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

33. <input checked="" type="checkbox"/> ACID. DE TRANSITO	36. CNPJ DA SEGURADORA	37. N° DO BILHETE	38. SÉRIE
34. <input type="checkbox"/> ACID. TRABALHO TÍPICO			41. CBOR
35. <input type="checkbox"/> ACID. TRABALHO TRAJETO	39. CNPJ DA EMPRESA	40. CNAE DA EMPRESA	

42. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO EMPREGADOR AUTONOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	44. COD. ÓRGÃO EMISSOR	49. N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>17 MAI 2018</i>
45. DOCUMENTOS <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	46. N° DOC.(CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	<i>PROTÓCOLO</i>
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:

KEVEN BRAYAN ABDIAS MENEDOES

REGISTRO/PRONTUÁRIO:

023927

DATA NASCIMENTO:

07/07/2016

SEXO:

M.

ENDERECO (Rua, Número)

AV. RIO BRUNO N. 17

MUNICÍPIO:

Guarabira de Pernambuco

UF:

RN

CEP:

59329000

TELEFONE:

996549706

NOME DO PAI:

José Henrique Menedoess da Silva - ANA ELIZABETE ABDE

RESPONSÁVEL:

O PAC

NOME DA MÃE:

DA SILVA

PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

CLINICA:	ENFERMARIA/LEITO:	INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE
() MÉDICA () ORTOPÉDIA		() DE TRABALHO () DE TRANSITO
() CIRÚRGICA () PEDIATRIA		() DE OUTROS FINS () NÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Pel. fratura tibia fibula

MÉDICO SOLICITANTE:
Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 4448 - TBOT 9878
996549706 - 9921726284-48

INTERNAÇÃO	ORIGEM RESIDÊNCIA?	UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE
DATA	HORA	() SIM () NÃO

PROCEDÊNCIA:	CARATÉR DE INTERNAÇÃO:
	() ELETIVA () NORMAL () EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)	TIPO DE PROCEDIMENTO:
Tiet Chico	() LIMPO () INFECTADO () CONTAMINADO () POTENCIAL M. CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)	DATA:	HORA:

APRESENTOU INFECÇÃO?	FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:
() HOSPITALAR () COMUNITÁRIA () NÃO	() PROFILATICAMENTE () NÃO () TERAPEUTICAMENTE

MOTIVO DA SAÍDA (AIH):	SE MOTIVADO SAÍD = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTO DA ALTA
Q ALTA () REMOÇÃO () ÓBITO ATÉ 24 HORAS	() CURADO () MELHORADO () INALTERADO () A PEDIDO
() ÓBITO APÓS 24 HORAS	() ADMINISTRATIVO () POR INDICIPLINA () EVASÃO
	() INTERP/DIAGNOSTICO () P/COMPLEMETAÇÃO E. DE ACIDENTE

INDICAÇÃO CLÍNICA:	DESTINO:
PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO	

CAUSA MORTE:	OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO:	MÉDICO RESPONSÁVEL:
	() SIM () NÃO	(carimbo assinatura) Dr. Silvio Santos Filho Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 4448 - TBOT 9878 996549706 - 9921726284-48

COMPRA DE SEGURO DE SAÚDE
17 MAI 2013
PROTÓCOLO
AG. NATAL

PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)



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:

KEVIN BRAYAN ASDEIAS MENEZES

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

Rel. houve dor + febre alta

Intensidade moderada



HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Rel. houve dor

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 4458 - TBOT 9871
(28) 321.130.284-45

ASSINATURA DO MÉDICO:



Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

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

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

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:

Nº de Registro

Data Admissão

KEVEN BRAYAN ABDIAS

023927030418

MEETINGS



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 Sabugí, 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: KEVIN BRAYAN ANDRAZ MEDDIEROS	6. N° DO PRONTUÁRIO 024.009
CPF:	RG:

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 89800512120667607105116	8. DATA DE NASC. 07/10/1976	9. SEXO MASC. () FEM. ()
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ANA ELISABETE ABDIAS DA SILVA	DDD 84	11. TELEFONE DE CONTATO 4642-0025
12. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) AV RIO BRANCO , 17	13. MUNICIPIO DE RESIDENCIA TACAJU DO SICARIO	
	14. COD. IBGE MUNICIPIO	15. UF RN
	16. CEP 59324 000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

*Palpites e
dor abdominal.*

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Le

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

Heck

20. DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Artrite</i>	21. CID 10 PRINCIPAL: <i>S51.8</i>	22. CID 10 SECUNDÁRIO:	23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
--	---------------------------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Coloscopia</i>	25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0810810421</i>
---	---

26. CLÍNICA	27. CARATER DA INTERNAÇÃO	28. DOCUMENTOS () CNS () CPF	29. N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF.SOLIC./ASSIST.
-------------	---------------------------	-----------------------------------	--

30. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST. Dr. SILVIO MARQUES Ortopediatra e Traumatologista CRM-RN 11111 - TECIT 9873 CNPJ 01.1111-11	31. DATA DA SOLICITAÇÃO 11/11/10	32. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG.) DO CONSELHO Profissionais e Técnicos Odontólogos Região 11 - 2011 - TECIT 9873 CNPJ 01.1111-11
--	-------------------------------------	---

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

33. () ACID. DE TRANSITO	36. CNPJ DA SEGURADORA	37. N° DO BILHETE	38. SÉRIE
34. () ACID. TRABALHO TÍPICO			41. CBOR
35. () ACID. TRABALHO TRAJETO	39. CNPJ DA EMPRESA	40. CNAE DA EMPRESA	

42. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTONOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	AUTORIZAÇÃO COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SA 17 MAI 2013	49. N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR LO
---	--	---

43. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	44. COD. ORGÃO EMISSOR	49. N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR LO
45. DOCUMENTOS () CNS () CPF	46. N° DOC. (CNS/CPF) DOPROF. 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: (0884) 3421-9630, e 9628

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO

MINISTÉRIO DA

NOME DO PACIENTE: REIN BRAYAN ABDIAI DE SOUZA		DATA NASCIMENTO: 07.07.2016	SEXO: M
REGISTRO PRONTUÁRIO: 034.005		BAIRRO: SANTA CECILIA	
ENDERECO (Rua, Número) AV. RIO BRANCO, 17		UF: RN CEP: 59.324-000	TELEFONE: 4642.0038
MUNICÍPIO: JACIM DO PARANÁ		NOME DA MÃE: ANITA ELIZABETH A. M. S. SOUZA	
NOME DO PAI: JOSÉ MIGUEL M. DA SILVA			
RESPONSÁVEL: Joyce			

PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

CLÍNICA:	ENFERMARIA/LEITO:	INTERNACÃO DECORRENTE DE ACIDENTE
(<input type="checkbox"/> MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> ORTOPÉDIA <input type="checkbox"/> CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> PEDIATRIA)		(<input type="checkbox"/> DE TRABALHO <input type="checkbox"/> DE TRANSITO <input type="checkbox"/> DE OUTROS FINS <input type="checkbox"/> NÃO)

DIAGNÓSTICO INICIAL: Relatórios E	Dr. Silvio Santos Filho Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 4419 - TINET 9828	MÉDICO SOLICITANTE
---	---	--------------------

INTERNAÇÃO	ORIGEM RESIDÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE
DATA	HORA	

PROCEDÊNCIA:	CARATÉR DE INTERNAÇÃO: <input type="checkbox"/> ELETIVA <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA
--------------	--

RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição) Tiet Cx	TIPO DE PROCEDIMENTO: <input type="checkbox"/> LIMPO <input type="checkbox"/> INFECTADO <input type="checkbox"/> CONTAMINADO <input type="checkbox"/> POTENCIAL M. CONTAMINADO
--	--

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)	DATA:	HORA:
--	-------	-------

APRESENTOU IPECCÃO? <input type="checkbox"/> HOSPITALAR <input type="checkbox"/> COMUNITÁRIA <input type="checkbox"/> NÃO	FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO: <input type="checkbox"/> PROFILATICAMENTE <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TERAPEUTICAMENTE
--	--

MOTIVO DA SAÍDA (AIH): <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> REMOÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO ATÉ 24 HORAS <input type="checkbox"/> ÓBITO APÓS 24 HORAS	SE MOTIVADO SAÍD = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTO: <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> INALTERADO <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> POR INDICIPLINA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> INTERP/DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/> P/COMPLEMENTAÇÃO F.D.E.
--	--

INDICAÇÃO CLÍNICA: PROTÓCOLO AG-NATAE	DESTINO:
---	----------

PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO	OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MÉDICO RESPONSÁVEL: (carimbos/assinatura)
-----------------------------------	---	--

CAUSA MORTE:		Dr. Silvio Santos Filho Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 4419 - TINET 9828 CPF 931.129.284-48
--------------	--	--



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

LAUDO DE CIRURGIA

Nome do Paciente

Kevin Beyon Abrahão Meireles

Nº Registro

Data Admissão

Nome do Procedimento Cirúrgico

Tiret é in retumelé

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

Data	Inicio	Término	Duração	Gaze	Compr	Drenos
11/01/18	12:20h	13.01.18	45min	1	1	1

DD+A

Aple

Ligadura sítio de fistula

Ligadura de fistula no peritoneo

Refluxo

Sacos

Hemostasia

Sutura

Confere com o Original

Cacó - RN, _____/_____/_____



Br. Silvio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 4449 - TECIT 0073
CPF 021.320.284-42

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 Sabugí, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0884) 3421-9630, c 9628

Confere com o Original

Caicó - RN, _____ / _____ / _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Nº DE REGISTRO:

024.005

DATA: 11/01/2018

NOME DO PACIENTE:

RODRIGO BRAYAN ABDIÃO MEDEIROS

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

Lombalgia profunda
Dor abdominal
Tubos engraçados

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

ASSINATURA DO MÉDICO:

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





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, _____ / _____ / _____

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:

RODRIGO BRUNO ABDIA MOURA

Nº de Registro

Data Admissão

024005110118

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
11/01/18	10:08	PACIENTE FOI ADMITIDO NA C. CIRÚRGICA VINDO DE BASE CONSCIENTE E ESTABELE- CIDO, COM RETORNO P/ PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM ANTEBRACCIO ESQUER- DIDO, AFEGAL, NORMOCORADO, EUPRECO- CCO EM QUARTZANTE, ILUMINAÇÕES FISIOLÓGICAS (+), NEGA ALERGIA AS MEDICAÇÕES. SEGURO SOB OS CUIDA- DOS DA EQUIPE.	<i>Após alta Santos Enfermeira</i>
11/01/18	13h00'	Menor de 16 anos que entrou neste bloco cirúrgico para submeter-se a cirurgia de fratura emigra de antebraco esquerdo. Iniciado procedimento anestésico por Dr. Zélio do tipo geral, monitorado com FC: 45, Flibs: 149ppm, SpO2: 97%. Iniciado procedimento cirúrgico p/ Dr. Silvio Filho em antebraco esquerdo, operário interno, mordida feita gomada. Após recuperação anestésica, superamento p/ clínica cirúrgica. Alimenta- ção livre após 4 horas.	<i>Repositor Tudo</i>
12/01/18	10:00	menor foi atendido por Dr. Silvio Filho em referência licença oft. hospitalar Tec. M. PSL	
		<div style="text-align: center;">  <p>COMPRE COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A 17 MAI 2018 PROTOCOLO AG.: NATAL</p> </div>	



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 Abaia Vieira

REGISTRO/PRONTUÁRIO:

034398

DATA NASCIMENTO:

09/10/116

SEXO:

Male.

ENDERECO (Rua, Número)

Lote Lioz Branco, 313

BAIRRO:

Caicó

MUNICÍPIO:

Caicó-PB

UF:

PB

CEP:

59300-000

TELEFONE:

NOME DO PAI:

Josénilo Vieira da Silva

NOME DA MÃE:

Elizabek Vieira da Silva

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:

Refracto

MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Sávio Santos Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6419 - CRIT 9878

INTernação

ORIGEM RESIDÊNCIA?

UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE

DATA

HORA

(SIM

(NÃO

PROCEDÊNCIA:

CARÁTER DE INTERNACÃO:

(ELETIVA NORMAL EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)

TIPO DE PROCEDIMENTO:

(LIMPO INFECTADO CONTAMINADO
(POTENCIAL M. CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)

DATA:

HORA:

APRESENTOU INFECÇÃO?

FOU UTILIZADO ANTIMICROBIANO:

(HOSPITALAR COMUNITÁRIA (NÃO

(PROFILATICAMENTE (NÃO
(TERAPEUTICAMENTE

MOTIVO DA SAÍDA (AIH):

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

(ALTA (REMOÇÃO (ÓBITO ATÉ 24 HORAS
(ÓBITO APÓS 24 HORAS

(CURADO (MELHORADO (INALTERADO (A PEDIDO
(ADMINISTRATIVO (POR INDICIPLINA (EVASÃO
(INTER.P/DIAGNOSTICO (P/COMPLEMETAÇÃO F. DE ACIDENTE

PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:

DESTINO:

PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO

OCORREU ÓBITO CAUSADO
POR INFECÇÃO:

MÉDICO RESPONSÁVEL:

(carimbo/assinatura)
Dr. Sávio Santos Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6419 - CRIT 9878
CPF 081.139.284-64

CAUSA MORTE:

(SIM (NÃO

Kevin

Secretaria Estadual de Saúde do Pernambuco
Unidade Hospitalar Regional do Sertão do Norte

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n – Bairro Paulista VI – Caiçó (PN) – CEP: 59.300-000
CNPJ (ME): 08.241.754/0135-57 - Telefone: (084) 3421-9610 e 9628

LAVOU PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO	2. CNES: 6.778.580
3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO	4. CNES: 6.778.580
5. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:	6. N° DO PRONTUÁRIO
NOME: Kevin Diasan Obduas Freire	094398
CPF:	RG:

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 89 8005121200676	8. DATA DE NASC.: 02/07/16	9. SEXO: MASC. () FEM. ()	
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Dna Elizabeth Obduas da Cruz	DDD:	11. TELEFONE DE CONTATO: 9930-7551	
12. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Av. Rio Branco, 217	13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: S. de Pernambuco	14. COD. IBGE MUNICÍPIO 15. UF: RN	16. CEP: 59391000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Costas arrebatadas

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Re

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

Hem R

20. DIAGNÓSTICO INICIAL: costas arrebatadas	21. CID 10 PRINCIPAL:	22. CID 10 SECUNDÁRIO:	23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
--	-----------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Re	25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
---	----------------------------

26. CLÍNICA	27. CARATER DA INTERNAÇÃO	28. DOCUMENTOS () CNS () CPF	29. N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF.SOLIC./ASSIST.
-------------	---------------------------	-----------------------------------	--

30. NOME DO PROF.SOLIC. PRINC. ST. Dr. Silvio Senna Prado Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 4419 - TIRIT 0878 CPF 021.720.764-48	31. DATA DA SOLICITAÇÃO 13/12	32. ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO REG. DO CONSELHO Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 4419 - TIRIT 0878
---	----------------------------------	--

33. (X) ACID. DE TRANSITO	34. () ACID. TRABALHO TÍPICO	35. () ACID. TRABALHO TRAJETO	36. CNPJ DA SEGURADORA	37. N° DO BILHETE	38. SÉRIE

39. CNPJ DA EMPRESA	40. CNAE DA EMPRESA	41. CBOR

42. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTONOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	44. COD. ORGÃO EMISSOR COMPROV/SEGUR/SE.PREVIDÊNCIA BR	45. N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNACÃO HOSPITALAR 17 MAI 2013
45. DOCUMENTOS () CNS () CPF	46. N° DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
47. DATA DA AUTORIZAÇÃO	48. ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO REG. DO CONSELHO	PROTÓCOLO

LAUDO DE CIRURGIA

Nome do Paciente

REVIVE BRAYAN A. Henrique

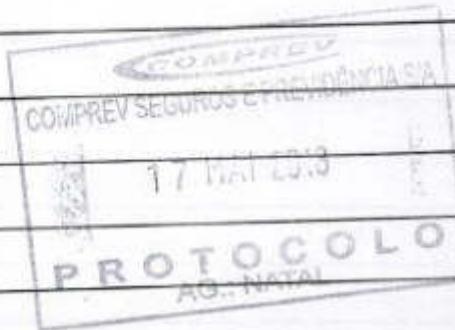
Nº Registro

Data Admissão

Nome do Procedimento Cirúrgico

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

Data	Inicio	Término	Duração	Gazes	Compr	Drenos
01/03/118	13:20 ph	13:30	15m			



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 (MF): 08.241.754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Nº DE REGISTRO: 024398

DATA: 23/02/13

NOME DO PACIENTE: Kevin Bryan Almeida Oliveira

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

Febre alta
Resfrio:



HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Febre alta

ASSINATURA DO MÉDICO:

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 4419 - IRUT 9827
CPF 021.739.794-44



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: (0884) 3421-9630, c 9628

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:

Nº de Registro

Data Admissão



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, c 9628

ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM TRAUMA E ORTOPÉDIA

DATA DO ATENDIMENTO: 01 / 02 / 18 INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: 0114 P 5
PACIENTE: Kevin Brayan Obdias Velloso DN: 07107 16
RG: _____ CPF: _____ SUS: 898005131306676
ESTADO CIVIL: Único SEXO: OIA IDADE: 11 TELEFONE: _____
PAI: Fátemita Vod da Silva MÃE: Dna Elizabeth A. do Nascimento
ENDERÇO: R. Dr. Rio Branco BAIRRO: Centro CIDADE: S. de Freitas RN
BAIRRO: Centro CIDADE: S. de Freitas RN
MÉDICO: Dr. S. Filho

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: Dr. S. Filho

LAUDO MÉDICO

PRINCIPAIS SINAIS CLÍNICOS:

Palpável

PRINCIPAIS RESULTADOS DA PROVA DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

PROCEDIMENTO INDICADO:



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO: Serviço de placa CODIGOSIA/SUS: 0303090090
CID: _____

CIRÚRGICO: _____ CRM: _____

EQUIPE MÉDICA: AUXILIAR: _____ CRM: _____

Dr. Silvio Samu. Filho

CRM/RN 4410

CRM: _____

AUDITOR: _____

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE: _____

Kevin Brayan Abdon
Medellin



Kevin Brown Abello
TEC CL
Medina

2022018



Kevin Brayan Abduor
Medemor





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 EXTENO

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

JOSE DA SILVA e SINFOROSA MEDEIROS

SEBASTIÃO INÁCIO DA SILVA e MARIA LÚCIA ABDIAS

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

NÃO INFORMADO

DATA DO REGISTRO POR EXTENO

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 N° 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

Mabelle Santos Araújo
ESCREVENTE AUTORIZADA





REGISTRO GERAL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2832133 - 1.VIA		22/04/2006
NOME: ANA ELIZABETE ABDIAS DA SILVA		
FILIAÇÃO		
SEBASTIAO INACIO DA SILVA		
MARIA LUCIA ABDIAS		
NACIONALIDADE	DATA DE NASCIMENTO	
JARDIM DE PIRANHAS RN	03/12/1990	
DOC. ORIGEM		
CERT. NASC. No. 1345 L.04 F.187		
CPF: JARDIM DE PIRANHAS RN	CARTÓRIO	
PESQUISADORA DO DIRETOR		
LEI N° 7.116 DE 29/06/83		



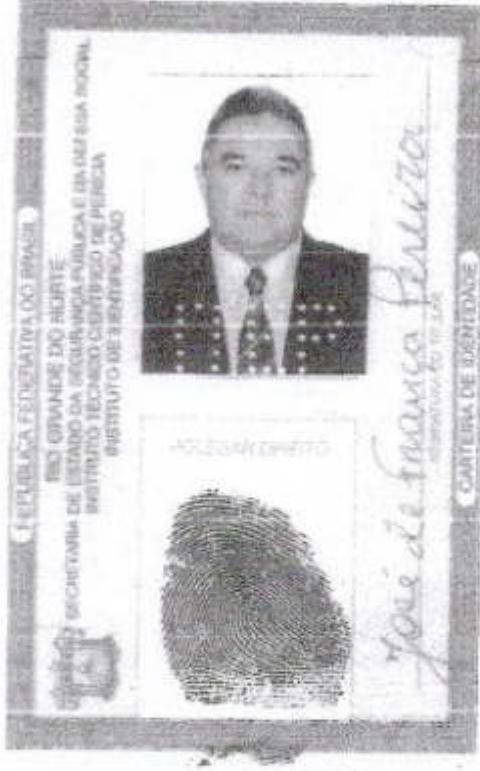
CÓDIGO DE CONTROLE
AC00.6B2B.57B9.0DCE

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MÍNISTÉRIO DAS CIDADAS

DETRAN - RN
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012440874991
 DATA: 01/08/2013

VEÍCULO FOLHA:

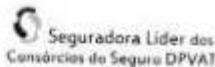
BENATHAN

DATA: 01/08/2013

VALOR:

R\$ 0,00

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE DE FRANCA PEREIRA

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE DE FRANCA PEREIRA

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

Valorização 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:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Paulo Artur de Araújo Amorim".

PROCURAÇÃO

Outorgante:

Ama Elizabeth Abdias da Silva, brasileiro (a),
Estado civil Solteira, profissão costureira, residente e domiciliada (o)
A Rue Avenida Rio Branco, nº 17, Bairro:
Santa Cecília, Município Jardim de Piranha,
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; Major Cazuza, nº 647, Centro, Município de Timbaúba 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 Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito (a) Sr (o) Kévin Blayan Abdias Medeiros.

Ocorrido em, 03/01/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pela presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representá-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização de seguro DPVAT a ser creditado em conta bancária 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 Piranha/RN, 26 de abril de 2018



Ama Elizabeth Abdias da Silva

Outorgante

CPF nº 109.627.414-00

Obs. Reconhecer firma por autenticidade verdadeira.

0221	Reconheço por autenticidade as(s) firma(s) de
	<u>Ama Elizabeth Abdias da Silva</u>
0221	Dou fé
0221	<u>Jardim de Piranhas/RN</u> , <u>26/04/2018</u>
0221	
0221	Isabelle Santos Araujo
0221	A 21 - 005-184 Guannila Andrielly dos Santos Rezende
0221	Cleoneide Pinheiro da Araujo

COMPREV
COMPREV SEGURUS E PREVIDÊNCIA S/A
17 MAI 2018
PROTÓCOLO
AG.: NATAL

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.

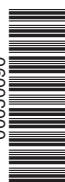
O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

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



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 n°: 13012105

A/C: ANA ELIZABETE ABDIAS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180229085
Vitima: 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 medica.

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. Nexo 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
Cirurgião Obstetra
CRM/RN 2245

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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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 Brayan 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>109.617.414-00</i>	Profissão <i>cortureira</i>
Endereço Rua: Avenida Rio Branco	Número <i>17</i>	Complemento <i>casa</i>
Bairro <i>Santa Cecília</i>	Cidade <i>Jardim de Pinheiros</i>	Estado <i>RN</i>
Email	CEP <i>59.324-000</i>	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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO. *0758* D/V *00022675* D/V *4*
(Informar dígito se existir)

COMPRA SEGUROS E PREVIDÊNCIAS

- 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 CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Name _____ NRO. _____
AGÊNCIA
NRO. _____ D/V _____ CONTA
NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (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 Pinheiros 14 de Maio de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Ana Elizabeth Abdias da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Caixa Econômica Federal
Loterias Caixa

CAIXA

Loterias Caixa

Loterias Caixa

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 725 8101
OVIDÓRIA 0800 725 7474

129-842679861-1

09/MAI/2018 HORA DE 15:06:28

LOT: 17.19978-9 TERM: 031250
LOCALIDADE: CAICO
AG. VINCULADA: 0758 CONTROLE: 632884734

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0758 013 00822675-4

ANA ELIZABETE ABDIAS DA SILVA

VALOR : 

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS.

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

129-842679861-1

1ª VIA





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT

00755

1 - LOCAL E DATA

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

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> - Colisão Frontal | <input type="checkbox"/> - Colisão Lateral | <input type="checkbox"/> - Capotamento | <input type="checkbox"/> - Atropelamento |
| <input type="checkbox"/> - Colisão Posterior | <input type="checkbox"/> - Colisão Transversal | <input checked="" type="checkbox"/> - Choque | <input type="checkbox"/> - Outro(s) <u>SAÍDA DE PISTA</u>
<u>SEGUINDO DE ...</u> |

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MNP - 1415 Cidade Jardim de Piranhas UF RN
 Marca/Mod. I / M. BENZ 313 CDI SPRINTER Cor Branca Ano 2007 / 2007
 Proprietário VINÍCIUS FREIRE Nº de Ocupantes 08
 Condutor VINÍCIUS FREIRE Data de Nasc. 21/12/1981
 Endereço Rua Cel. João Florêncio, nº 411 Fone (84) 99802-6065
 Bairro São José Cidade Jardim de Piranhas UF RN
 CPF N° 051.060.914-70 CNH N° 03836349937 - RN Validade 11/10/2024 Categoria D1
 Local de Trabalho EMPRESA COOPETESE Fone _____
 End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

"REBOQUE"

Placa ou Chassi OTS - 5551 Cidade Caicó UF RN
 Marca/Mod. R / PRESIDENTE TRA CARGA Cor Branca Ano 2013 / 2013
 Proprietário EURIANDES DE ALMEIDA MIRANDA CPF: 029.761.784-29 Nº de Ocupantes -
 Condutor _____ Data de Nasc. / /
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 CPF N° _____ CNH N° _____ Validade / / Categoria _____
 Local de Trabalho _____ Fone _____
 End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
 Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
 Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
 Condutor _____ Data de Nasc. / /
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 CPF N° _____ CNH N° _____ Validade / / Categoria _____
 Local de Trabalho _____ Fone _____
 End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
 Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
 Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
 Condutor _____ Data de Nasc. / /
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 CPF N° _____ CNH N° _____ Validade / / Categoria _____
 Local de Trabalho _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____
 End. _____

COMPRE SEGUROS E PREVIDÊNCIAS / A

17 MAI 2013

Ano _____ Nº de Ocupantes _____
 Data de Nasc. _____ Fone _____

PROT. 0010010 AG. NATAL

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? Na RN 283-Grau ligas Crezeta-RN à Acoré-RN.
Em que sentido? Acoré-RN | Crezeta-RN. **Em que faixa?** Unica.

Versão do condutor Disse que conduzia seu veículo (V1) pelo RN e sentido acima citado e ao iniciar a descida de um declive seco, depareou-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 vegetação. 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  9.04h do dia 01/01/2018.

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

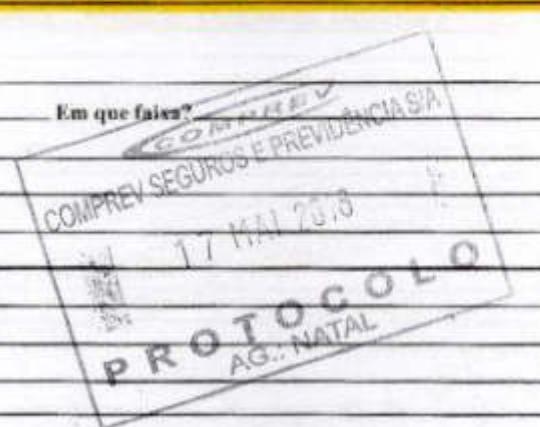
Assinatura do Condutor do V3 _____

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

11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: Unid. de Saúde Mista Testemunha em Caicó-RN
Nome VINÍCIUS FREIRE - CPF: 051.060.914-90 Presencio: Fato Registro
RG Nº 002.139.756 Órgão Expedidor SSP RN Data de Nascimento 24/12/1984
Endereço Rua Cel. João Florêncio, N° 144 Fone (84) 3.9802-6065
Bairro São José Cidade Jardim de Piranhas UF RN
Versão Segue a mesma versão do Campo 7 (concl. do v1).

Assinatura _____ Hora _____
Chacon Filho. Depois HRS em Caicó-RN Testemunha
12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: Unid. Saúde Mista Abílio Presencio: Fato Registro
Nome ANA ELIZABETH ABDIAS DA SILVA - CPF: NÃO INFORMADO
RG Nº NÃO INFORMADO Órgão Expedidor NÃO INFORMADO Data de Nascimento 03/12/1990
Endereço Av. Rio Branco N° 17 Fone NÃO INFORMADO
Bairro Santa Cecília Cidade Jardim de Piranhas UF RN
Versão 7

Assinatura _____ Hora _____
Chacon Filho. Depois HRS em Caicó-RN Testemunha
13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: Unid. de Saúde Mista Abílio Presencio: Fato Registro
Nome MACIELE PEREIRA DE ARAUJO - CPF: 053.310.544-74
RG Nº 002.354.508 Órgão Expedidor SSP RN Data de Nascimento 31/05/1984
Endereço Rua Manoel Medeiros, N° 110 Fone (84) 9.8702-2332
Bairro São José Cidade Jardim de Piranhas UF RN
Versão 7

Assinatura _____ Hora _____
Abílio Chacon Filho. Depois HRS em Caicó-RN Testemunha
14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: Unid. de Saúde Mista Presencio: Fato Registro
Nome JOSENILDO MEDEIROS DA SILVA - CPF: NÃO INFORMADO
RG Nº NÃO INFORMADO Órgão Expedidor NÃO INFORMADO Data de Nascimento 22/05/1976
Endereço Av. Rio Branco N° 17 Fone (84) 9.9918-5178
Bairro Santa Cecília Cidade Jardim de Piranhas UF RN
Versão Torre que era um dos passageiros do v1 e que este trocou de Natal - RN para Caicó - RN e que se estavam tentando chegar a Cruz - RN e Morro do Pau da Barra pelo RN 288. De repente o v1 (veículo) desceu num declive e caiu se despararam com um animal na pista de rolamento (cavalo). Nesse momento o v1 caiu de novo deslocou o veículo para dentro da pista, desceu o barreiro e se chocou
Assinatura JOSENILDO MEDEIROS DA SILVA Hora 14h

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO contra um muro de terra. Desse sinda, que mesmo ferido e ensanguentado o cond. do v1 veio. Começou a retirar alguns passageiros do v1. E que momentos depois chegou os ambulâncias. RG Nº _____ Órgão Exp. _____
Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Móvelo _____ Nº _____
Endereço _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO ATENÇÃO SEGUROSE PREVIDENCIASIA 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 motociclista condutor, sofreram lesões corporais.
- Que todas as vítimas foram socorridas para a Unidade de Saúde Mista da cidade de Cruzeta - RN.
- Que segundo as informações dos Boletins Médicos emitidos pela unidade de saúde de Cruzeta-RN, o cond. do v1 sofreu múltiplas escoriações na face e braços e pelo corpo foi transferido para o Hsp. Reg. da Serrá em Caicó - RN.
- Que a Sra. ANA ELIZABETH teve fratura de fêmur e também foi transferida para o mencionado hospital.

Nome Completo do Agente Jacinto Plantas Ribeiro
POSTO/GRAD.: 2º SGT. PM Nº 97-184 Viatura TG-02 Subgrd. 3º DPRE
Local e Data Caicó - RN, 03 de junho de 2018 Assinatura do Agente de Trânsito Jacinto Plantas Ribeiro

Abílio Chacon Filho, Depois HRS em

11 -	<input checked="" type="checkbox"/> Vítima: condutor de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	<input type="checkbox"/> Pedestre	<input checked="" type="checkbox"/> Testemunha Caicó-RN
	Passageiro de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	Conduzido para: Unid. de Saúde Mista	Presenciar: <input checked="" type="checkbox"/> Fato <input type="checkbox"/> Registro
Nome	KEVIM BRAYAN PEDIAS MEDEIROS - CPF: NÃO INFORMADO!	Órgão Expedidor	Data de Nascimento
RG N°	NÃO INFORMADO!	-	07 / 07 / 2015
Endereço	Av. Dus Branca	Nº 17	Fone
Bairro	Santa Cecília	Cidade	Jardim de Piranhas UF RN
Versão	?		

Assinatura _____

Abílio Chacon Filho, Depois Natal-RN.

12 -	<input checked="" type="checkbox"/> Vítima: condutor de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	<input type="checkbox"/> Pedestre	<input checked="" type="checkbox"/> Testemunha
	Passageiro de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	Conduzido para: Unid. de Saúde Mista	Presenciar: <input checked="" type="checkbox"/> Fato <input type="checkbox"/> Registro
Nome	YEGO MANOEL DE BRITO - CPF: NÃO INFORMADO!	Órgão Expedidor	Data de Nascimento
RG N°	NÃO INFORMADO!	-	12 / 02 / 2000
Endereço	Sítio Assembleia	Nº 01N2	Fone NÃO INFORMADO!
Bairro	Zona Rural	Cidade	Jardim de Piranhas UF RN
Versão	?		

Assinatura _____

Abílio Chacon Filho, Depois HRS em

13 -	<input checked="" type="checkbox"/> Vítima: condutor de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	<input type="checkbox"/> Pedestre	<input checked="" type="checkbox"/> Testemunha Caicó-RN
	Passageiro de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	Conduzido para: Unid. de Saúde Mista	Presenciar: <input checked="" type="checkbox"/> Fato <input type="checkbox"/> Registro
Nome	DENISE GOMES DA SILVA - CPF: 120.497.734-80	Órgão Expedidor	Data de Nascimento
RG N°	003.373.158	SSP/RN	20 / 08 / 1997
Endereço	Rua João Gonçalves Moraes,	Nº 45	Fone
Bairro	Santo Amaro	Cidade	Jardim de Piranhas UF RN
Versão	Dessa que era uma das passageiras do VL que levava que estava vindo de Natal en passa Caucaia-RN e que o acidente ocorreu na altura do mato, depois que levava de vez nela socorrida para o hospital de Caucaia-RN.		

Assinatura X _____

14 -	<input checked="" type="checkbox"/> Vítima: condutor de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	<input type="checkbox"/> Pedestre	<input checked="" type="checkbox"/> Testemunha
	Passageiro de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	Conduzido para: Unid. de Saúde	Presenciar: <input checked="" type="checkbox"/> Fato <input type="checkbox"/> Registro
Nome	JOAO VICTOR PEREIRA DUTRA - CPF: NÃO INFORMADO!	Órgão Expedidor	Data de Nascimento
RG N°	NÃO INFORMADO!	-	31 / 07 / 2000
Endereço	Rua Cap. José Vicente,	Nº 180	Fone NÃO INFORMADO!
Bairro	-	Cidade	Jardim de Piranhas UF RN
Versão	?		

Assinatura _____

Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO	COMPRE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A		
Placa _____	Cidade _____	UF _____	Marca/Modelo _____
Nome _____		RG-Nº _____	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 KEVIM BRAYAN, cidadão de 1 ano e 8 meses de idade filho da Sra. ANA ELIZABETH e do Sr. JOSENILDO MEDEIROS, teve fratura no braço esquerdo e também foi transferido para o HRS em Caicó-RN.

- Que o Sr. JOSENILDO MEDEIROS esposo da Sra. ANA ELIZABETH sofreu multiplos escoriações no rosto e braços, onde também foi transferido para o HRS;

- Que a Sra. MACIELE PEREIRA teve um trauma abdominal fechado, também foi transferido para Caicó-RN;

- Que o jovem YEGO MANOEL foi transferido da Unidade de Saúde Mista em Caucaia-RN, para a cidade de Natal-RN, pois segundo seu Boletim médico o cidadão sofreu um traumatismo crânio encefálico-TCE;

- Que a jovem DENISE GOMES, fraturou a perna direita e sofreu uma parada na região submandibular, causando-lhe um ferimento;

Nome Completo do Agente _____

POSTO/GRAD.: 22 SGT. PM N° 93.182 Vistoria TG-02 Subunid.: 32 DPRE

Local e Data _____

Aassinatura do Agente de Trânsito _____

11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

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

Assinatura _____ Hora _____

12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

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

Assinatura _____ Hora _____

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

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

Assinatura _____ Hora _____

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

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

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTAS E VEÍCULO UTILIZADO

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

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO AIT Nº _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO CONTINUAÇÃO

- Que o jovem JOÃO VÍCTOR, sofreu apenas trauma/escoriações pelo corpo, sendo atendido na Unidade de Saúde Mista da cidade de Cruzeta - RN e a mesma foi liberado. Com exceção do jovem YEGO que foi transferido para Metal - RN do condé. do veic. que foi liberado após ser medicado no HES em Cauca - RN e mais o idem JOÃO VÍCTOR que foi liberado após ser atendido na Unidade de Saúde Mista em Cruzeta - RN, as demais vítimas ficaram internas e em observações médicas no HRS em Cauca - RN.

- Que a CNH do condé. e o CRIV se encontram em sua com a leggeira, vigente;

- Que um reboque da empresa "TEJE REBOQUE", fez a remoção dos veículos no local do acidente.

Nome Completo do Agente _____ *atônio Dantas Ribeiro*
POSTO/GRAD.: *2º SGT.* PM Nº *97-482* Viatura *TG-02* Subunid. *3º DPRE*

Local e Data *Cauca - RN*, *03* de *Janeiro* de *2018* _____ *Porto - 2º SGT. PM*

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

Assinatura do Agente de Trânsito

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 Elizabeth Abdias da Silva

CPF do Representante legal

109.627.414-00

Email

Telefone (DDD)

84-9.9642-0038

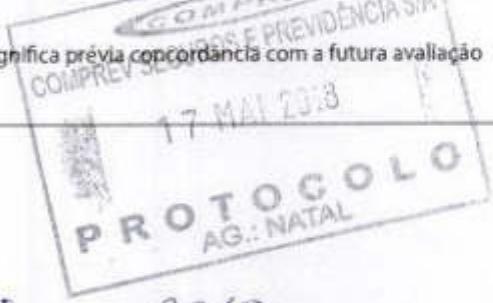
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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 as 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 Piratuba 14 de Maio de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Ana Elizabeth Abdias da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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)

(34) 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 Piranha, 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 SAÚDE 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

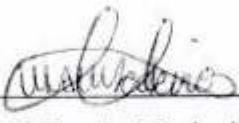
Técnicos de Enfermagem: Djailton, Dalvacir Medeiros e Elizabeth Silva.

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

