

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: 11/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000056848-0

Nr. da Autenticação 237A2F40C037D027

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200159632 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EVANDRO DE FREITAS **Data do acidente:** 11/01/2020 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.
COSTA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.(PÁG.17)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Itaú Unibanco S.A.
Devolução Eletrônica - CEDO
Praça Alfredo Egydio de Souza Aranha, 700
Torre Olavo Setubal
04344-902 - São Paulo - SP

www.itaunet.com.br



Código: 00133833688
ANTÔNIO EVANDRO DE FREITAS COS
R SUZANA TABOSA EGITO, 100
BELA VISTA
59609-470 - MOSSORO - RN

BIC411

41103_01_1M1928.00_00011-9976641



Fechamento autorizado. Pode ser aberto pela ECT.

Para uso dos Correios

- | 1. Mudou-se
- | 2. Endereço insuficiente
- | 3. Não existe o nº indicado
- | 4. Desconhecido
- | 5. Recusado

- | 6. Não procurado
- | 7. Ausente
- | 8. Falecido
- | 9. CEP

- | 1. Informação escrita pelo
porteiro ou zelador

Reintegrado ao serviço postal
etc

Assinatura
e nº do
entregador:



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA • FATURA • NOTA FISCAL

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 150, Galvão, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cern.com.br

DADOS DO CLIENTE

EMERSON DE SOUZA FERREIRA

CPF: 070.825.214-60

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DESEMBARGADOR SILVINO BEZERRA
871 CS- 09

PRESIDENTE COSTA E SILVA/AREA URBANA
MOSSORO RN
59826-353

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
029576977	LFCA	05/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/09/2019	3010016204	3472674

CONTR. DOMINATO	WEEKEND
7008195751	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÃO PROXIMA LOTURA
12/09/2019	07/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	227,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água(kWh)	293,0000000	0,65963033	193,24
Acréscimo Bandeira VERMELHA			15,29
Contrib. Ilum. Pública Municipal			19,00

Pago em
06/09/19

TOTAL DA FATURA

3271

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO GESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (M³)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
273252388	Ca7	08-08-2014	10 180,00	08-08-2014	10 400,00	31	7,00000		280,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTAR			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano: 09/2018		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Geração de Energia	R\$ 61,40 38,57%
SET-18 200					Tratamento de Esgoto	R\$ 7,50 3,64%
AGO-18 204		ICMS 208,53 18,00	37,53		Saneamento (Coleta e Tratamento)	R\$ 47,83 22,94%
JUL-18 200		PIS 208,53 0,95	1,98		Perda da Energia	R\$ 12,94 8,16%
JUN-18 200		COFINS 208,53 4,40	9,17		Energia Solarizada	R\$ 11,13 5,33%
MÁI-18 203					Tributos	R\$ 43,05 23,24%
ABR-18 214					Total	R\$ 208,53 100%
MAR-18 219		Consumo Mensal (VPM) :		TAXAS APLICADAS		0,008300
FEB-18 201						
JAN-18 205						
DEZ-18 208						
NOV-18 226						
OCT-18 196						
SET-18 167						

INFORMACIÓES IMPORTANTES

[illegible]

Sei un'azienda che gestisce un
business online? Partecipa al WEB
45422177, barche, crociere,
servizi di pulizia e molto altro.
Sei un'azienda che gestisce un
business online? Partecipa al WEB
45422177, barche, crociere,
servizi di pulizia e molto altro.

	TENSÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS				NÍVEL DE TENSÃO		
	ESTADO DE MANUTENÇÃO	VALOR (voltagem)	LIMITE MENOR	LIMITE MAIOR	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
						(MINIMO)	(MAXIMO)
ON		0,00	4,95	9,90	14,50	220	231
OFF		0,00	3,30	6,47	12,98		
ON/OFF		0,00	2,77	0,00	0,00		

Fonte: CEM, 2017. ¹ 90% do tempo de operação em nível de tensão de 220V e 10% de tempo de operação em nível de 231V.

Fonte: DANE, 1999. R\$ 1000 = Valor do frango em 1990. R\$ 1000 = Valor do frango em 1990. R\$ 1000 = Valor do frango em 1990.

[illegible]

83830000002-0 27710038407-3 00819575120-0 01909299313-4



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / **Outras regiões:** 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Emerson de Souza Ferreira

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 079.825.214 / 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio Bonifácio de Freitas Costa Inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.836.954 / 19

do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima Antônio Bonifácio de Freitas Costa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.836.954 / 19, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Desembargador Silveira Byrnera</u>	Número: <u>971</u>	Complemento: <u>Casa 09</u>
Bairro: <u>Costa e Silva</u>	Cidade: <u>Mossoró</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>emersonsampaioadv@hotmail.com</u>	CEP: <u>59.628-350</u>	Tel.(DDD): <u>84-99944-3364</u>

Local e Data: Mossoró/RN 28/04/2020

Emerson de Souza Ferreira
Assinatura do Declarante

Emerson de Souza Ferreira
Advogado - OAB/RN 14.756
CPF: 079.825.214-60

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 757 /2020

Admissão: 11/01/2020 18:33:42

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 55851 - ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA (32 a 5 m 25 d)

Sexo: M Cor: PARDA

Nascimento: 17/07/1987

Natural: MOSSORO, BRASIL

CPF: 09183695419

Prof:

Mãe: MARIA ALDEIDE DE FREITAS COSTA

Pai: ELIAS NECO DA COSTA

Logradouro: CORNELIO BARBALHO, 10

Cidade: MOSSORO

CEP: 59607560

Bairro: AEROPORTO

Compl:

Telefone: 84.99504016

Tipo: REGULADO

*Empresa:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Origem: SAMU RN

Classificação:

PESO:

11/01/2020 18:29:44

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	120 / 80		99		18	88			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 32 anos. ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-CARRO. TRAUMA EM MID. INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA.

Hora: _____

Queixas: dor no abdômen, dor no tórax, dor no pescoço. Nega TCE, dor abdominal ou torácica.

Dor e lesões externas.

A - VA Pulso, RR, CC (retirado o curativo inicial)

B - MV + 2 minutos, RR

C - FC 88 PA 120/80

D - ECG 15 PIFE

E - Dor e lesões externas

HD: Trauma e extenuação

CD: RX + Anal do artop + Alto do cirurgião

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

Valer. 75 mg, 1m, q8h

Dr. Tarcísio Almeida
Régina Viana
CRM 158.77

VIA HORÁRIO ASSINT.

18:50 120/80

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID Proc. Data: ____/____/20. Hr: ____ Médico: ____ (Assinar e)

*Gerado via SX por FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS. Impresso em 11 de Janeiro de 2020.

Carimbar)

582.2
0408050500

Diego Ariel de Almeida
CRM 158.77
TEOT - 158.77

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 11/01/2020
+ [Assinatura]
SAME / ARQUIVO
11/01/2020 18:50

Prontuário: 211505



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA** (Fia: 187/2020), CPF:09183695419.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 11 de Janeiro de 2020.

Janaina Berto dos Reis
Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.

DATA 03 / 02 / 2020

Janaina Riquie Abd. Conf. UERN
Assinatura

CCIH - HRTM

DATA

04 / 02 / 2020

Rafaela
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

Janaina Berto dos Reis
BAME / ARQUIVO

Mossoró - 11/01/2020

306/2

OK

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 21.15.05	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HUTM				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE H.R.T.M.			4 - CNES	
Identificação do Paciente			8 - Nº DO PRONTUÁRIO	
6 - NOME DO PACIENTE ANDRILLO GUAYANMO DE FREITAS COSTA			55851	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
			1 / 1	
			9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐	
11 - NOME DA MÃE			10 - RAÇA/COR	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL			12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
			DDD	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
			DDD	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MOSSORÓ			17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
			18 - UF RN	
			19 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Fz D. M. P. S. T. B. M.	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO ACIDENTE COMPLETO DE VITÓRIA	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Gx c/rimo + MAC (RA)	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fz D. M. P. S. T. B. M.	24 - CID 10 PRINCIPAL 582.2
25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Cirurgia		0403050500	
29 - CLÍNICA Fz	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 013478151111
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Rafael		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 10/3/01	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 103101
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNPJ DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 1 / 1		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		HOSPITAL REGIONAL TACIANO MARIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 22.10.2020	

SAME / ARQUIVO
22.10.2020

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 187 /2020

Prontuário: 211505

Paciente: 55851 - ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

Cartão SUS: 700003939387309

CPF: 09183695419

Dt Nasc: 17/07/1987

Idade: 32 anos 5 meses 25 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA ALDEIDE DE FREITAS COSTA

Nome do pai: ELIAS NECO DA COSTA

Rua/Av: CORNELIO BARBALHO

Nº: 10

Bairro: AEROPORTO

Complemento:

CEP: 59607560

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84 99504016 84 99504016

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Unidade: OBS MASCULINA

Leito: 1. 29E

Responsável: ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA -

Usuário: FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS

Admissão: 11/01/2020 20:17:18

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.2 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
408050500 -

HISTORIA CLINICA

MOSSORO, 11 de Janeiro de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORO

SAME / ARQUIVO

11/01/2020 - 15:00:00

**SESAPIRN - HRTM - LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

Atend: 1483/2020 Dt. Atend: 21/01/2020 10:27 Dt. Impressão: 21/01/2020 13:57

Paciente: 55851 ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA - Masculino - 32 anos 6 meses e 4 dias

FIA: HRTM 187/2020 - Unid: CLINICA CIRURGICA Quarto: 306 Leito: 02

Med. Solicitante: FRANCISCO ROBSON DA SILVA COSTA - CRM 7436/RN

HEMOGRAMA COMPLETO**ERITROGRAMA**

HEMÁCIAS: 3,91 milhões
HEMOGLOBINA: 12,60 g/dl
HEMATÓCRITO: 36,80 %

Masc: 4,5 a 6,0 milhões - Fem: 4,0 a 5,5 milhões
Masc: 13,5 a 18,0 g/dl - Fem: 11,5 a 16,0 g/dl
Masc: 40 a 54 % - Fem: 37 a 47 %

H.C.M.: 94,12 fl
H.C.M.: 32,23 pg
H.C.M.: 34,24 %
H.D.W 12,90 %

80 A 94 fl
26 A 32 pg
32 A 36 %
Valor de Referência: 11,5 a 14,5 %

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS: 7.000 /mm³ (5.000 a 10.000 /mm³)

	RELATIVO	Referências	ABSOLUTO	Referências
BLASTOS	0	(0 A 0%)	0	(00 A 00)
PROMIELOCITOS	0	(0 A 0%)	0	(00 A 00)
MELOCITOS	0	(0 A 0%)	0	(00 A 00)
METAMELOCITOS	0	(0 A 0%)	0	(00 A 00)
ASTÓES	02	(3 A 5%)	140	(120 A 320)
SEGMENTADOS	71	(58 A 66%)	4.970	(03300 A 5200)
EOSINÓFILOS	01	(2 A 4%)	70	(60 A 320)
BASÓFILOS	0	(0 A 1%)	0	(00 A 80)
INFOCITOS ATÍPICOS	0	(0 A 0%)	0	(00 A 00)
INFOCITOS TÍPICOS	22	(21 A 35%)	1.540	(1200 A 2400)
MONOCITOS	04	(4 A 8%)	280	(240 A 640)
TOTAL: 100				

CONTAGEM DE
PLAQUETAS:

.000 /mm³

Valor de Referência:

Récem nascidos: 250.000 a 550.000 /mm³

Crianças: 200.000 a 500.000 /mm³

Adultos: 150.000 a 450.000 /mm³

Método: Semi-automatizado: BS - 3000 plus

OBSERVAÇÃO:

NUBIA DE SOUSA CARDOSO
CRF - RN 1396

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES
2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES
2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA (8 - 187/2020)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
211505

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700003939387309

8 - DATA DE NASCIMENTO
17/07/1987

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR
PARDA

11 - NOME DA MÃE
MARIA ALDEIDE DE FREITAS COSTA

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
DDD 84 99504016

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
DDD 84 99504016

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
CORNELIO BARBALHO, 10 - AEROPORTO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MOSSORO

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
240800

18 - UF
RN

19 - CEP
59607560

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FX TIBIA

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Ques de Condicion

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

Contus + Inchaço

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

24 - CID 10
PRINCIPAL
S82.2

25 - CID 10
SECUNDÁRIO
T02.3

26 - CID 10
CAUSAS ASSOC.
V19.9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
024.801.019

29 - CLÍNICA
CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
2

31 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
01785892339

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
DIEGO ARIEL DE LIMA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
11/01/2020

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES QUADRO ENFERMIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNIE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR
(X) CNS () CPF

980018001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

SAME / ARQUIVO

SESAPIRN - HRTM - LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Atend: 1483/2020 Dt. Atend: 21/01/2020 10:27 Dt. Impressão: 21/01/2020 13:57

Paciente: 55851 ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA - Masculino - 32 anos 6 meses e 4 dias

FIA: HRTM 187/2020 - Unid: CLÍNICA CIRURGICA Quarto: 306 Leito: 02

Med. Solicitante: FRANCISCO ROBSON DA SILVA COSTA - CRM 7436/RN

GLICOSE: 85 mg/dl

Valor Referência: Em jejum de 80 a 100 mg/dl
Método: Enzimático - BS - 380 Mindray

URÉIA: 39 mg/dl

Valor Referência: 15 a 45 mg/dl
Método: Enzimático Colorimétrico - BS - 380 Mindray

CREATININA: 0,80 mg/dl

Valor Referência: 0,7 a 1,2 mg/dl
Método: Enzimático - BS - 380 Mindray



NUBIA DE SOUSA CARDOSO
CRF - RN 1396

8/10/51

24.15.05

DATA: 29/01/2020

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA 32 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC- Leito: 306-2
DATA DA ADMISSÃO: 11/01/2020 MOSSORÓ - RN CODIGO: 55851

DATA	EVOLUÇÃO
Nº fraturas: 02	17º DIH: POR FX FECHADA DE DIÁFISE DE OSSOS DA PERNA DIREITA EM USO DE TALIA GESSADA QP: SEM QUEIXAS NO MOMENTO EF: BEG, COTE, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO. BNF AR: MV+ EM AMBOS HEMITORAX, SRA. ABD: ATÍPICO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. MID: NEUROVASCULAR PRESERVADO, SEM SINAIS DE TVP. SITUAÇÃO: FICHA SISREG PREENCHIDA E ANEXADA - AGUARDA OSTEOSSÍNTESE DA TÍBIA LABORATÓRIO (26/01/2020): HB: 12,8 HT: 37,6 % LEUCO: 8 700 PLAQ: 373 000 UREIA: 47 NA: 138 K: 4,2 CA: 1,22 BAIXO RISCO CIRÚRGICO CIRURGIA 29/01 NO HWR CD: VPM

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ZERO	
2	SFO, 9% 1500ML, PARA 24H, EV	
3	DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6 HRS SN	
4	TRAMADOL 50MG + 100ML SFO, 9% EV 8/8 HORAS SE DOR REFRATÁRIA	
5	RANITIDINA 150 MG - 01 CP VO PELA MANHÃ	
6	SSVV + COGG	

Diego Ariel de Lima
CRM-RN 7436
RQE - 2803
TEOT - 15487

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 29/01/2020

[Assinatura]
SANE / ARQUIVO

1102 - 1570-340-10



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Antonio Eduardo de F. Costa Idade: 32 Registro: 452081
Setor: C.C. Médico: Dr. Pablo Enferm./Leito: CC

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
29.01.20	13:30	Recebo pelo no Odontom. Vinda do posto II em maca, pré-operatório. Paciente Orientada na Companhia de manobras e familiares, Verificação de suas necessidades em O ambiente normoventilado. Exame físico, Dietético. Sinais vitais, De e oligo medicamentosa, com SVP no M.S.D, pelo exatidão. Após procedimentos cirúrgicos pelo Dr. Pablo e segue em observação e aos cuidados da equipe de enfermagem. <u>6 - 11 - 14</u>	Gizeane Maria da S. Lima COREN-RN 1.247.166 - TEC.
29.01.20	15:25	Paciente transferida do C.A. p/ O.S.O. Recebo paciente em cama em O.S. Ambiente (ar-condicionado), O.S.O. Vinda do C.A. O mesmo paciente orientado em AVP no M.S.D. p/ procedimentos cirúrgicos.	Lucilene Maria de Sousa COREN-RN - 765.034 - TEC. Bucelmei de Sousa
29/01/20	15:30	Início da Anestesia Raquí por Dra. Dayane.	Lucilene Maria de Sousa COREN-RN - 765.034 - TEC. Bucelmei de Sousa
29/01/20	15:40	Início da cirurgia por Dr. Pablo e Dr. Diógenes.	Lucilene Maria de Sousa COREN-RN - 765.034 - TEC.
29/01/20	17:00	Término da cirurgia. Sem intercorrências. Paciente é transferido do Operatório p/ C.A. O mesmo em O.S. Ambiente, consciente, orientado, vital estável, sinais vitais normoventilado, em AVP no M.S.D, eutrofo em F.O. Segue em observação e aos cuidados da enfermagem.	Lucilene Maria de Sousa COREN-RN - 765.034 - TEC. Bucelmei de Sousa
	17:10	Recebo pelo no Odontom. Vinda do S.O. Segue aos cuidados da enfermagem.	Lucilene Maria de Sousa COREN-RN - 765.034 - TEC.



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Antonio Eduardo de F. Costa
Idade: 32 Data: 29/04/2020
Convênio: SUS

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: Osteossíntese diafise de tíbia
2. Cirurgia Secundária: _____
3. Cirurgião: Dr. Pablo Escobar CRM: _____
1º Auxiliar: Dra. Maiana CRM: _____
2º Auxiliar: _____ CRM: _____
Enfermeiro(a): _____ COREN: _____
4. Anestesiista: Dr. Deyane CRM: _____
5. Instrumentador: Bruno COREN: _____

6. Tecido removidos: ☐ Não ☐ Sim Especificar: _____
7. Anátomo Patológico: ☐ Não ☐ Sim
Laudo: ☐ Maligno ☐ Benigno Dr.: _____
8. Classificação da Cirurgia: ☐ Limpa ☐ Potencialmente contaminada
☐ Contaminada ☐ Infectada
9. Contaminação Intra-operatória: ☐ Não ☐ Sim
10. Programação: ☐ Efetiva ☐ Urgência ☐ Emergência
11. Trauma: ☐ Não ☐ Sim Data: ____/____/____ Hora: ____:____
12. Infecção atual em outro Sistema: ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____
13. Drenos: ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____
14. Prótese(s): ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____
15. Descrição do procedimento cirúrgico no verso

Assinatura Cirurgião: _____ CRM: _____
Data: ____/____/____
Para anestesia local, informar: _____
Hora do início do procedimento: _____ Hora do término do procedimento: _____

Dr. Pablo Escobar de Freitas Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 14387
CRM-RR 5524



HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel: (84) 3318-9000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1225096 - ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

Data da Internação: 29/01/2020 - 08:52:00

Sexo: M

Idade: 32 A, 6 M, 12 D

Convênio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-05

30/01/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

14:00:00	RECEBO PACIENTE, DO SEXO MASCULINO 32 ANOS POS CIRURGIA FRATURA DE TIBIA, CONSCIENTE ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, NORMOTENSO, NORMOCARDÍACO, EUPNEICO, AFEBRIL, EM O2 AMBIENTE, COM ACESSO PERIFÉRICO, ACEITA DIETA, DIURESE PRESENTE EVACUAÇÃO ESPONTÂNEA, NO MOMENTO SEM RELATO DE QUEIXAS E SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. - PA: 110x80 TAX: 36,00% F.C.:84 F.R.: 20 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 98 Fi O2: 0 Ventilação: Decúbito:	LUZIA GUEDES BRASILIO	 Luzia Guedes Brasilio Téc. Enfermagem COREN-RN 952466
14:00:00	INICIADA A SEGUNDA ETAPA DE SF 0,9% IV CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.:10 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 Fi O2: 0 Ventilação: Decúbito:	LUZIA GUEDES BRASILIO	 Luzia Guedes Brasilio Téc. Enfermagem COREN-RN 952466
16:10:00	APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA RETIRADO AVP E RECEBEU ALTA HOSPITALAR. - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 Fi O2: 0 Ventilação: Decúbito:	LUZIA GUEDES BRASILIO	 Luzia Guedes Brasilio Téc. Enfermagem COREN-RN 952466



HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel: (84) 3218-9000

Page 1 of 1

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1225096 - ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

Data da Internação: 29/01/2020 - 08:52:00 Sexo: M Idade: 32 A, 6 M, 12 D

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-05

30/01/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

00:00:00	ADMINISTRADO 1 FRASCO DE TRIATIL 40MG + ABD, EV, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. - PA: TAX: 0,008 F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	ROSEMARY NOBERTO DA SILVA ALVES	Rosemary Noberto da Silva Alves Téc. Enfermagem COREN-RN 658424
04:00:00	ADMINISTRADO 1 FRASCO DE CEFALOTINA 1G + ABD, EV, 1 AMPOLA DE DIPIRONA + ABD, EV, 1 FRASCO DE OMEPRAZOL 40MG + ABD, EV, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. - PA: TAX: 0,008 F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	ROSEMARY NOBERTO DA SILVA ALVES	Rosemary Noberto da Silva Alves Téc. Enfermagem COREN-RN 658424
06:00:00	REALIZADO TROCA DE 500 ML DE S.FO, 9%, EV, TROCA DE CURATIVO EM FO. - PA: TAX: 0,008 F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	ROSEMARY NOBERTO DA SILVA ALVES	Rosemary Noberto da Silva Alves Téc. Enfermagem COREN-RN 658424

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

1225096 - ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

Data da internação: 29/01/2020 - 08:52:00 Sexo: M Idade: 32 A, 6 M, 12 D

Convênio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-05

30/01/2020

Hora PA Temp FC FR Glicemia

Assinatura

08:00:00	PACIENTE INTERNADO NESTE SETOR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 32 ANOS, PÓS REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFÍSE DA TÍBIA, NEGA: HAS+DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. EVOLUINDO CONSCIENTE, ORIENTADO, EM TEMPO E ESPAÇO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM AR AMBIENTE. AOS SSVV: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEÚICO, EM AA, ACIANÓTICO, ANICTERÍCO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICAIS PRESENTES. LIVRE DE EDEMAS. SONO PRESERVADO. HIGIENE SATISFATORIA. COM AVP, VIABILIZANDO HV, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUIE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.	AZARIENE COSTA DA SILVA	 Azariene Costa da Silva Enfermeira COREN - RN 446279
----------	--	-------------------------	--

SESAP/RN - HRTM - LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Atend: 733/2020 Dt. Atend: 11/01/2020 21:43 Dt. Impressão: 12/01/2020 00:08

Paciente: 55851 ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA - Masculino - 32 anos 5 meses e 26 dias

FIA: HRTM 187/2020 - Unid: OBS MASCULINA Quarto: 1 - Leito: 29E

Med. Solicitante: MEDICO PLANTONISTA - CRM 1/RN

URÉIA: 45 mg/dl

Valor Referência: 15 a 45 mg/dl

Método: Enzimático Colorimétrico - BS - 380 Mindray

TEMPO DE SANGRIA : 1,30 minutos

Valor de Referência: 1,00 a 3,00 minutos

Método: Duke

TEMPO DE COAGULAÇÃO : 7,00 minutos

Valor de Referência: 5,00 a 10,00 minutos

Método: Lee-White

GIANNA MENDES RIBEIRO

CRF 1360

FICHA DE ANESTESIA

NOME ANDRÉ EVANDRO DE FREITAS COSTA DATA 29/01/2020

SERVIÇO PLAUS OUTOP ANESTESISTA DAYANE SANTOS CIRURGIÃO PABLO ROMERO + DIÓGENES

IDADE 32 SEXO M COR B PR. ART. 140/80 PULSO 80 TEMP. --- ESTADO FÍSICO 1 2 3 4 5 PRÉ-ANESTÉSICO ---

DIAGNÓSTICO FRATURA TÍBIA (D)

OPERAÇÃO REALIZADA (0408050500) TRAT. CX. FRAT. TÍBIA

INÍCIO 15:30 TERMINO 17:00 DURAÇÃO 1:30 ROTINA --- EMERGÊNCIA --- EXTRA ---

SpO₂ 100-100-100-100-100

ETCO₂ ---

HORA	OBSERVAÇÕES
A <u>02</u>	X MONITORIZAÇÃO +
G <u>---</u>	REGRISTRO VENTILADOR +
E <u>---</u>	O ₂ 100% SEM ZLIMA
N <u>---</u>	(1) FENTANIL - ANESTESIA -
T <u>---</u>	PUNÇÃO SUBARACNOIDEA
S <u>---</u>	VA MEDIANA C3-C4
CÓDIGO	COM RQ 255 - 5ml
ANESTESIA X 220	LEL CLARO - INJEÇÃO
OPERAÇÃO 200	BUPIVACAÍNA HIPERBÁRICA
INTUBAÇÃO X 180	KMP + FENTANIL 20mcg +
ENDOTRACQUEAL 160	MONINA 8mcg
PRES. SISTOL. V 140	(2) MIDAZOLAM 10mg IV
PRES. DISTOL. A 120	(3) CEFOTRÍAX 2g +
PULSO. 100	AMITIDINA 50mg +
80	DECATALOGONA 10mg +
60	ONDANSETRON 8mg +
40	DILIODNA 25 NO SF
20	X AO CXO. NUMERO 5.
0	Soro <u>1L</u>
POSICÃO	Sangue <u>---</u>
OBSERVAÇÕES	Outros <u>---</u>

TÉCNICA ANEST. GERAL: () INALATÓRIA: () ENDOVENOSA: () BALANCEADA: () SEDAÇÃO: (X) ANEST. REGIONAL: () RAQUIDIANA: (X) PERIDURAL: () OUTROS: ()

AGENTES EMPREGADOS MIDAZOLAM + BUPIVACAÍNA HIPERBÁRICA + FENTANIL +

MODERNA

ACORDADO SIM ☒ NÃO ☐ SALA DE RECUPERAÇÃO SIM ☒ NÃO ☐ CONDIÇÕES B ☒ R ☐ M ☐ P ☐ ÓBITO

Dr. Dayane Santos
Anestesiologista
CRM 102018/RN

206.5



HOSPITAL
WILSON ROSADO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Antônio Evandro de Farias Costa Idade: 32
Reg. Geral: 452081 Convênio: SUS Unidade/Leito: 26-05
Clínica: Ortopedia Data: 29/01/2020

Evolução Médica

POI ortossintese diafrase tibia direita
Procedimento sem intubação

Prescrição Médica

Aprazamento

- | | |
|--|------------|
| 1) Dieta: via oral livre | 21 06 |
| 2) HV: SFO, 91.500 ml 8/8 H. IV | 22 ✓ 06 ② |
| 3) Clotestina 1g + ABD 6/6 H. IV - 16:00 | 22 04 10 |
| 4) Dipirone 1g + ABD 6/6 H. IV - 16:00 | 22 ✓ 04 10 |
| 5) Talatit 40 mg + ABD 12/12 H. IV | 24 12 |
| 6) Tramadol 100 mg + 100 SFO, 9. IV 8h | |
| 7) Bromopride 10 mg + ABD 6/6 H. IV 8/8 h 5m | 8m |
| 8) Omeprazol 40 mg + ABD 6/6 H. IV 1x/d | 04 |
| 9) Clonazepam 0.5 mg SC 1x/d | 06 |
| 10) Clonazepam 5 mg | 8m |
| 11) SSUVICC 500 | 10m |

Dr. Paulo Roberto da Rocha Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
RCD 14391
CRM 14391

Medicação administrada por:

M

T

N

Atendimento	1225096
Data:	29/01/2020
Hora:	8:52

BOLETIM DE ADMISSÃO

Nº AIH
CRISTINA

452081 - ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 17/07/1987 - 32 A, 6 M, 12 D CPF: 091.836.954-19 RG: 002659051

CNS: 700003939387309

Convênio: SUS

Leito: 206-05

Enfermaria: 206 - AP 206

Endereço: SUSSANA TABOSA DO EGITO, Nº 100 - CEP: 59600-010

Bairro: BELA VISTA

Cidade: Cód.: 2408003 - MOSSORO/RN

Profissão: PEDREIRO

Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Pai: ELIAS NECO DA COSTA

Mãe: MARIA ALDEIDE FREITAS COSTA

Naturalidade: MOSSORO

Caráter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

Procedimento Solicitado: 0408050500-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍB - 5822 - FRAT DA DIÁFISE DA TÍBIA

Diagnóstico Definitivo:

Acomodação:

Médico: 5924 - PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO

Carteira:

Validade: 30/12/1899

Autorização:

Senha:

Gula:

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido:

Historia Clínica

Entrou - Repetiu o atendimento

e Pediu -> fratura bento do fêmur

Re fez e foi curado

alta 30/01

Piso curado e Retorno 07/02/20

Exames de sangue

-> Edmundo Moreira da Costa

Diagnóstico Provável

-> fratura bento do fêmur

RESPONSÁVEL

Dr. Pablo Romero da Escossia Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5924
TEOT 21331

PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1225096 - ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

Data de internação: 29/01/2020 - 08:52:00 Sexo: M Idade: 32 A, 6 M, 12 D
Convênio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-05

29/01/2020

Hora PA Temp FC FR Glicemia
09:15:00 120x90 37,00 0 20 0

Assinatura

13:25:00 TRANSFIRO PACIENTE PARA O CENTRO CIRÚRGICO EM MACA ACOMPANHADA POR MAQUEIRO E FAMILIAR, SEGUE O PRONTUÁRIO.

CYCILIA MOURA
DA SILVEIRA

Cycilia Moura da Silveira
Enfermeira
COREN- RN 605943
Assinatura

Hora PA Temp FC FR Glicemia
09:15:00 120x90 37,00 0 20 0

09:15:00 ADMITO PACIENTE NESTE SETOR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 32 ANOS, PROVENIENTE DO HTM, EM MACA, ACOMPANHADO DE MAQUEIRO E FAMILIARES, PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA, NEGA HAS+DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. RECEBO CONSCIENTE, ORIENTADO, EM TEMPO E ESPAÇO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM AR AMBIENTE. AOS SSIV: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNÉICO, EM AA, ACIANÓTICO, ANICÉTERICO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS, SIC. ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICAIS PRESENTES, LIVRE DE EDEMAS, SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATÓRIA. VEIO COM AVP, SENDO RETIRADO, FOI REPUÑIONADA EM AVP, VIABILIZANDO HV, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. PACIENTE TOMOU BANHO NO LEITO COM CLOREXIDINA DEREGMANTE. AGUARDA CIRURGIA.

CYCILIA MOURA
DA SILVEIRA

Cycilia Moura da Silveira
Enfermeira
COREN- RN 605943

15/01/20

ID: 324
Df: 11/00/2020

HS: 21.345 118

CLINICAL 11.25

CLIN

CLIN

CLIN

CLIN

II

CLIN

CLIN

CLIN

CLIN

III

CLIN

CLIN

CLIN

CLIN

IV

CLIN

CLIN

CLIN

CLIN

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

HEMÁCIAS: 4,67 milhões
HEMOGLOBINA: 15,30 g/dl
HEMATÓCRITO: 44,40 %

V.C.M. 95,07 fl
H.C.M. 32,76 pg
C.H.C.M 34,46 %
R.D.W 12,40 %

Masc: 4,5 a 6,0 milhões - Fem: 4,0 a 5,5 milhões
Masc: 13,5 a 18,0 g/dl - Fem: 11,5 a 16,0 g/dl
Masc: 40 a 54 % - Fem: 37 a 47 %

80 A 94 fl
26 A 32 pg
32 A 36 %

Valor de Referência: 11,5 a 14,5 %

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS: 18500 /mm3

(5.000 a 10.000 /mm3)

	RELATIVO
BLASTOS	00
PROMIELOCITOS	00
MELOCITOS	00
METAMIELOCITOS	00
BASTÕES	00
SEGMENTADOS	88
EOSINOFILOS	01
BASOFILOS	00
LINFOCITOS ATÍPICOS	00
LINFOCITOS TÍPICOS	08
MONOCITOS	03
TOTAL:	100

Referências	ABSOLUTO
(0 A 0%)	0
(0 A 0%)	0
(0 A 0%)	0
(0 A 0%)	0
(3 A 5%)	0
(58 A 66%)	16.280
(2 A 4%)	185
(0 A 1%)	0
(0 A 0%)	0
(21 A 35%)	1.480
(4 A 8%)	555

Referências
(00 A 00)
(00 A 00)
(00 A 00)
(00 A 00)
(00 A 00)
(120 A 320)
(03300 A 5200)
(60 A 320)
(00 A 80)
(00 A 00)
(1200 A 2400)
(240 A 640)

CONTAGEM DE
PLAQUETAS:

228.000 /mm3

Valor de Referência:

Récem nascidos: 250.000 a 550.000 /mm3

Crianças: 200.000 a 500.000 /mm3

Adultos: 150.000 a 450.000 /mm3

Método: Semi-automatizado: BS - 3000 plus

OBSERVAÇÃO:

Gianna

GIANNA MENDES RIBEIRO

CRF 1360

* ORTOPEDIA - FX DE D122. D1 PLW
FUNDOS. NEURORRADIOLÓGICA
US. INTERWOMENTO

Diego Ariel de Lima
CRM-RN 1800
RQE - 2804
TEOT - 15467

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 12/10/2000

J. K. L. L. L.
SANE / ARQUIVO

NOTA - 150.000.000



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Antonio Eduardo de F. Costa Idade: 32 Registro: 452081
Setor: E.C. Médico: Dr. Pablo Enferm./Leito: CC

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
29.01.20	13:30	Recebo pelo no Odontológico Unich em posto 21 em mesa, pré-operatório luciente Orientado na companhia do pai e familiares, verbaliza do suas necessidades em 2º ambiente normoventilado Espúrio Afétil, Dieta 30 Sic. neta H2O, Dr. e oligoemidicamen- tos, com AP no M.S.D, pelo em mel- hora e em procedimento lesivo por Dr. Pablo e segue em observação e aos cuidados da equipe de enfer- magem. —————	Gizeane Maria da S. Lima COREN/RN 1.247.188-TEC
29.01.20	15:25	Docto transferido do CRO p/ O.S.O Recebo paciente em cama em O.S. Ambiente (em cama), Dr. - S.O. Vinde do CRO O mesmo consciente, orientado em AP no M.S.D p/ procedimento em região. —————	Ludene Maria de Sousa COREN/RN - 786.034 - TEC Bercilene M. de Sousa
29.01.20	15:30	Início da Anestesia Raquel por Dr. Dayane. —————	Ludene Maria de Sousa COREN/RN - 786.034 - TEC Bercilene M. de Sousa
29.01.20	15:40	Início da cirurgia por Dr. Pablo e Dr. Diógenes. —————	Ludene Maria de Sousa COREN/RN - 786.034 - TEC Bercilene M. de Sousa
29.01.20	17:00	Termino da cirurgia sem inter- venção. Paciente é transferido do Operatório p/ CRO O mesmo em O.S. Ambiente consciente, orientado afétil, espúrio normoventilado normoventilado em AP no M.S.D, curativo em F.O segue em cama e aos cuidados da enfermagem. —————	Ludene Maria de Sousa COREN/RN - 786.034 - TEC Bercilene M. de Sousa
29.01.20	17:10	Recebo pelo no M.S.D. segue aos cuidados da enfermagem. —————	Ludene Maria de Sousa COREN/RN - 786.034 - TEC Bercilene M. de Sousa



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Antonio Euandro de F. Costa

Idade: 32 Data: 29 / 04 / 2020

Convênio: SUS

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: Osteotomia clássica de tibia

2. Cirurgia Secundária: _____

3. Cirurgião: Dr. Pablo Escoria

CRM: _____

1º Auxiliar: Dra. Nairma

CRM: _____

2º Auxiliar: _____

CRM: _____

Enfermeiro(a): _____

COREN: _____

4. Anestesiista: Dra. Davam

CRM: _____

5. Instrumentador: Bruno

COREN: _____

6. Tecido removidos: ☐ Não ☐ Sim Especificar: _____

7. Anátomo Patológico: ☐ Não ☐ Sim

Lauro: ☐ Maligno ☐ Benigno Dr.: _____

8. Classificação da Cirurgia: ☐ Limpa ☐ Potencialmente contaminada

☐ Contaminada ☐ Infectada

9. Contaminação Intra-operatória: ☐ Não ☐ Sim

10. Programação: ☐ Efetiva ☐ Urgência ☐ Emergência

11. Trauma: ☐ Não ☐ Sim Data: ____/____/____ Hora: ____:____

12. Infecção atual em outro Sistema: ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____

13. Drenos: ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____

14. Prótese (s): ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____

15. Descrição do procedimento cirúrgico no verso

Assinatura Cirurgião: _____

CRM: _____

Data: ____/____/____

Para anestesia local, informar:

Hora do início do procedimento: _____

Hora do término do procedimento: _____

Dr. Pablo Escoria
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 14391
CRM/RN 5924



HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.050.324/0001-50
Tel.: (84) 3318-9000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1225096 - ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

Data de Internação: 29/01/2020 - 08:52:00

Sexo: M

Idade: 32 A, 6 M, 12 D

Convênio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-05

30/01/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

14:00:00	RECEBO PACIENTE, DO SEXO MASCULINO 32 ANOS POS CIRURGIA FRATURA DE TIBIA, CONSCIENTE ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, EUPNEICO, AFEBRIL, EM O2 AMBIENTE, COM ACESSO PERIFERICO, ACEITA DIETA, DIURESE PRESENTE EVACUAÇÃO ESPONTANEA, NO MOMENTO SEM RELATO DE QUEIXAS E SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. - PA:110X80 TAX: 36,002 F.C.:84 F.R.: 20 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 98 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	LUZIA GUEDES BRASILIO	LUZIA Guedes Brasilio Téc. Enfermagem COREN-RN 952466
14:00:00	INICIADA A SEGUNDA ETAPA DE SF 0,9% IV CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. - PA: TAX: 0,008 F.C.:10 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	LUZIA GUEDES BRASILIO	LUZIA Guedes Brasilio Téc. Enfermagem COREN-RN 952466
16:10:00	APOS AVALIAÇÃO MEDICA RETIRADO AVP E RECEBEU ALTA HOSPITALAR. - PA: TAX: 0,002 F.C.:10 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	LUZIA GUEDES BRASILIO	LUZIA Guedes Brasilio Téc. Enfermagem COREN-RN 952466



HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.524/0001-50
TEL: (84) 3318-9000

Page 1 of 1

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1225096 - ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

Data da Internação: 29/01/2020 - 08:52:00

Sexo: M

Idade: 32 A, 6 M, 12 D

Convênio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-05

30/01/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

00:00:00	ADMINISTRADO 1 FRASCO DE TILATIL 40MG + ABD, EV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00 F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 Fi O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	ROSEMARY NOBERTO DA SILVA ALVES	Rosemary Noberto da Silva Alves Téc. Enfermagem COREN-RN 658424
04:00:00	ADMINISTRADO 1 FRASCO DE CEFALOTINA 1G + ABD, EV, 1 AMPOLA DE DIFENIDRAMINA + ABD, EV, 1 FRASCO DE OMEPRAZOL 40MG + ABD, EV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00 F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 Fi O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	ROSEMARY NOBERTO DA SILVA ALVES	Rosemary Noberto da Silva Alves Téc. Enfermagem COREN-RN 658424
06:00:00	REALIZADO TROCA DE SORO DE 5 F.O. 9%, EV, TROCA DE CURATIVO EM FO. - PA: TAX: 0,00 F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 Fi O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	ROSEMARY NOBERTO DA SILVA ALVES	Rosemary Noberto da Silva Alves Téc. Enfermagem COREN-RN 658424

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

/225096 - ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

Data da Internação: 29/01/2020 - 08:52:00

Sexo: M

Idade: 32 A, 6 M, 12 D

Convênio: SUS

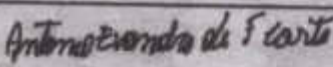
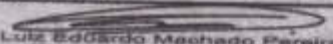
Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-05

30/01/2020

Horas PA Temp FC FR Glicemia

Assinatura

08:00:00	PACIENTE INTERNADO NESTE SETOR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 32 ANOS, PÓS REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA. NEGA: HAS+DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. EVOLUINDO CONSCIENTE, ORIENTADO, EM TEMPO E ESPAÇO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM AR AMBIENTE. AOS SSVV: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEÚICO, EM AA, ACIANÓTICO, ANICÉTERICO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICAIS PRESENTES, LIVRE DE EDEMAS, SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATÓRIA. COM AVP, VIABILIZANDO HV, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUIR AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.	AZARIENE COSTA DA SILVA	 Azariene Costa da Silva Enfermeira COREN - RN 446279
----------	---	-------------------------	--

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS TRANSPORTES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA		DOC. IDENTIDADE / C.R.G. EMISSOR / UF		002659051 087 RN			
		CPF		091.836.954-19		DATA NASCIMENTO	
				17/07/1987			
FILIAÇÃO		ELIAS NUNO DA COSTA		MARIA ALDEIDE DE FREITAS COSTA			
PERMISSÃO		LIC. COND. COND. COND. COND.		LIC. COND. COND. COND. COND.		LIC. COND. COND. COND. COND.	
Nº REGISTRO		04535550575		VALIDADE		27/09/2029	
				1ª HABILITAÇÃO		26/12/2008	
OBSERVAÇÕES							
							
ASSINATURA DO PORTADOR		LOCAL		BOSSORO, RN		DATA EMISSÃO	
						18/09/2018	
		Luiz Edgardo Machado Pereira		Diretor Geral - Detran/RN		RN144811528	
						RN704338555	
RIO GRANDE DO NORTE							



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

EMERSON DE SOUZA FERREIRA

FILIAÇÃO

HELENO FERREIRA PAIXÃO
MARIA DE FATIMA SOUZA

NATURALIDADE

ALEXANDRIA-RN

RG

2779382 - ITEP/RN

POSSESSOR DE CARTÃO E TÍTULO

NÃO DECLARADO

DATA DE NASCIMENTO

10/02/1989

CPF

079.825.214-00

DTA

01 24/03/2016

PAULO DE SOUZA COSTA FILHO
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO

14758





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

00982378674

2019

Nº 01452758479

ANTONIO EVANDRO DE FREITAS

091.836.984-19

NNN08866

NNN08866 / RN

9C20C30708R705173

PASSAGIRO/MOTOCICLETA NA APPLICAVE GASOLINA

HONDA/C3 125 TAN

2008

OCV/124 CILINDRADAS

PARTICULAR

PREDOMINANTE

P 0.00

13/06/2019

1º ISENTO

V 002811 3X

2º ISENTO

3º ISENTO

PREMIO TARIFARIO DE 19% DE VALOR DO VEICULO

LICENCIAMENTO DETRAN - RN

ALLEN, FID. EM FAVOR DE: 18.441.789/0001-54
ADMINISTRADORA DE CONSORCIO NACIONAL HONDA/CDN
MOTOR/0030578705173 PARA TRANSPERENCIA

MOSBORO/RN



Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

23/04/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 01452758479 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

**LEIA O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

091.836.984-19

NNN08866

00982378674

HONDA/C3 125 TAN

2008

9C20C30708R705173

PREMIO TARIFARIO

R\$ (R\$)

DEVALUAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL DO PRECATORIO (R\$)

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITACAO

COTA UNICA

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.519.604/0001-04

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, o(a) outorgante abaixo qualificado(a), atribui aos outorgados, também qualificados, os poderes adiante transcritos:

OUTORGANTE: ANTÔNIO EVANDRO DE FREITAS COSTA, brasileiro, solteiro, servente de obras, nascido em 17/07/1987, portador do RG nº. 002.659.051-ITEP/RN e inscrito no CPF nº 091.836.954-19, residente e domiciliada na Rua Suzana Tabosa Egito, nº 100, Dix Sept Rosado, Mossoró/RN, CEP: 59.600-001.

OUTORGADOS: ADEILSON FERREIRA DE ANDRADE, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/RN 4.741, CPF nº. 915.439.164-49, ADENILTON FERREIRA DE ANDRADE, brasileiro, casado, Advogado, OAB/RN 16.054, CPF nº. 012.422.624-82, ALENILTON FERREIRA DE ANDRADE, brasileiro, casado, advogado, OAB/RN 14.765, CPF nº. 050.932.654-46, CPF nº. 014.034.764-03, EMERSON DE SOUZA FERREIRA, brasileiro, casado, advogado, OAB/RN 14.756, CPF nº. 079.825.214-60, FERNANDA CLEONICE CAMINHA PINHEIRO DE ANDRADE, brasileira, casada, Advogada, OAB/RN 11.695, CPF nº 601.100.953-08, FRANCISCO ADENILSON FERREIRA, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/RN 13.086, CPF nº. 011.056.894-09, IATA ANDERSON FERNANDES, brasileiro, casado, Advogado, OAB/RN 6.931, CPF nº 026.393.124-21, KÁCIO BRUNNO BEZERRA DANTAS, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/RN 16.705, CPF nº 098.597.964-08, MANOEL PAIXÃO NETO, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/RN 12.200, CPF nº. 071.990.764-01, RENATA CAROLINE DE SOUSA ALMEIDA, brasileira, casada, Advogada, OAB/RN 12.337, CPF nº 057.616.684-75 e TURBAY RODRIGUES DA SILVEIRA JUNIOR, brasileiro, casado, Advogado, OAB/RN 14.301, CPF nº 009.345.564-07; todos integrantes da sociedade **ADEILSON ANDRADE & ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita no CNPJ nº 26.559.216/0001-85, com endereço profissional em MOSSORÓ/RN na Av. Francisco Mota, nº 1665, Alto de São Manoel - Cep: 59.625-300, PAU DOS FERROS/RN na Rua Vereador Gaudêncio Jerônimo de Sousa, nº 1736 - Bairro Zeca Pedro - Cep: 59.900-000, ASSÚ/RN na Rua Dezesseis de Outubro, nº. 658, Bairro Centro, Cep: 59.650-000 e NATAL/RN na Rua Raimundo Chaves, nº. 2182, Empresarial Candelária, Sala 501, Bairro Candelária, Cep: 59.064-390.

PODERES: Os constantes da cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA", para o foro em geral, podendo propor toda e qualquer ação competente em que o(a) outorgante seja autor(a) ou defendendo-o quando for réu, interessado ou terceiro requerido(a), eficaz inclusive para todas as fases do processo, podendo assim contestar, recorrer, apresentar contrarrazões, embargar, executar, etc., representando o(a) outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartições públicas estaduais, federais, municipais, autarquias ou paraestatais, bem como praticar todos os atos de representação, especialmente para acompanhar e transacionar, conferindo ainda poderes especiais para renunciar, confessar, desistir, transigir, firmar compromisso, receber intimação, correspondências, receber toda e qualquer quantia e dar quitação, fazer acordo, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, inclusive representar perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao **Seguro Obrigatório - DPVAT**, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima **ANTÔNIO EVANDRO DE FREITAS COSTA**, praticando todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato, tudo em conformidade com o art. 105 e parágrafos, do NCPD.



Mossoró/RN, 28 de fevereiro de 2020.

Antônio Evandro de Freitas Costa
OUTORGANTE



Canal de Conciliação: Entre em contato conosco acordo@adelsonandrade.adv.br ou Whatsapp (84) 9 8754.1830

Escritório Mossoró
Av. Francisco Mota, 1665
Alto de São Manoel
(84) 3317.0649
Whatsapp: (84) 9 8754.1830

Escritório Pau dos Ferros
Av. Ver. Gaudêncio J. de Sousa, 1736
Zeca Pedro
(84) 2141.0794
Whatsapp: (84) 9 9603.6484

Escritório Assu
Rua Dezesseis de Outubro, 65
Centro
(84) 2143.0610
Whatsapp: (84) 9 9609.0498

Escritório Natal
Rua Raimundo Chaves, 2182
Empresarial Candelária, sala 501, Candelária
(84) 3235.1089
Whatsapp: (84) 98794.1830

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0124321/20

Vítima: ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

CPF: 091.836.954-19

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/01/2020

Titular do CPF: ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EMERSON DE SOUZA FERREIRA : 079.825.214-60

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

ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA : 091.836.954-19

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/04/2020
Nome: EMERSON DE SOUZA FERREIRA
CPF: 079.825.214-60

EMERSON DE SOUZA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/04/2020
Nome: ALCIMARIA DA SILVA LIMA
CPF: 055.466.984-62

ALCIMARIA DA SILVA LIMA

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200159632

Vítima: ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

Data do Acidente: 11/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMERSON DE SOUZA FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200159632

Vítima: ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

Data do Acidente: 11/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMERSON DE SOUZA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 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

Recebedor: ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 000000056848-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☒ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

091.836.954-19

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

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

5 - Nome completo:

ANTONIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

7 - Profissão:

SERVENTE

8 - Endereço:

RUA SUZANA TABOSA EGITO

6 - CPF:

091.836.954-19

11 - Bairro:

DIX SEPT ROSADO

12 - Cidade:

MOSSORÓ

9 - Número:

100

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.600-003

16 - Tel. (DDD):

84-99905-4733

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3064

CONTA:

00056848

AGÊNCIA:

CONTA:

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

24 - Data do óbito da vítima:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MOSSORÓ - RN 28-04-2020

Antônia Evandro de Freitas Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

15.001 V002/2019

DEPARTMENT OF DEFENSE
OFFICE OF THE SECRETARY
WASHINGTON, D.C. 20301
ATTENTION: DIRECTOR OF THE
OFFICE OF THE SECRETARY

DATE: 10/10/77

TO: THE SECRETARY
FROM: THE SECRETARY
SUBJECT: OFFICE OF THE SECRETARY

RE: DATA OF
DATE: 10/10/77
PAGE: 1
NAME: [REDACTED]
ADDRESS: [REDACTED]
CITY: [REDACTED]
STATE: [REDACTED]
ZIP: [REDACTED]

OFFICE OF THE SECRETARY

DATE: 10/10/77
PAGE: 1
NAME: [REDACTED]
ADDRESS: [REDACTED]
CITY: [REDACTED]
STATE: [REDACTED]
ZIP: [REDACTED]



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016562/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/02/2020 09:25 Data/Hora Fim: 17/02/2020 09:26
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 11/01/2020 20:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Bairro: Doze Anos
Logradouro: Rua Frel Miguelinho

Ponto de Referência: Igreja São João
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTÔNIO EVANDRO DE FREITAS COSTA (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 17/07/1987 Idade: 32 anos
Naturalidade: RN - Mossoró Profissão: Servente de Obras
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Aldeide de Freitas Costa Nome do Pai: Elias Neco da Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 091.836.954-19
RG - Carteira de Identidade: 002.659.051

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: Rua Suzana Tarbowski Egito Nº: 100
Bairro: Alto da Bela Vista

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Idade:

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição motocicleta marca honda CG 125 Fan	CPF/CNPJ do Proprietário 091.836.954-19
Placa NNN0856	Renavam 00982976674
Número do Motor JC30E78703173	Número do Chassi 9C2JC30708R703173
Ano/Modelo Fabricação 2008/2008	Cor PRETA
UF Veículo Rio Grande do Norte	Município Veículo Mossoró
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN	Modelo HONDA/CG 125 FAN



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016562/2020-A01

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Última Atualização Denatran 10/09/2008

Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Antônio Evandro de Freitas Costa

Proprietário

Grupo Veículo

Subgrupo Outros veículos

Descrição Veículo e motorista desconhecido

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Informa o comunicante que em data e local supra mencionado conduzia seu motociclo já descrito com foi abalroado por um veículo e motorista que evadiram-se do local, enquanto ele permaneceu no local e foi socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional Tarciso Maia.

ASSINATURAS

Joana Angélica Silva do Couto

Agente de Polícia

Matrícula 207.348-0

Responsável pelo Atendimento

Antônio Evandro de Freitas Costa

(Vítima / Comunicante)

"Dedarei para os devidos fins de dilação que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

091.836.954-19

4 - Nome completo da vítima:

ANTÔNIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

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

5 - Nome completo:

ANTÔNIO EVANDRO DE FREITAS COSTA

7 - Profissão:

SERVENTE

8 - Endereço:

RUA SUZANA TABOSA EGITO

6 - CPF:

091.836.954-19

11 - Bairro:

DIX SEPT ROSADO

12 - Cidade:

MOSSORO

9 - Número:

100

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.600-003

16 - Tel. (DDD):

84-99905-4733

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

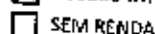
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECLUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1.001,00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (342)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3064

CONTA:

00056848

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE



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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessária, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (voluntário)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

MOSSORO - RN 28-04-2020

Antônio Evandro de Freitas Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS