

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: 09/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00756

CONTA: 000000045344-0

Nr. da Autenticação 1EE4FD1B9B5171AD

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170476996 **Cidade:** Ipanguaçu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 21/05/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da perna esquerda

Descrição do exame médico pericial: Ao exame apresenta cicatriz de cirurgia em terço médio da perna esquerda, limitação de flexão e extensão do tornozelo esquerdo. Joelho esquerdo com flexo extensão presente e sem alterações menisco ligamentares.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com um fixador externa na emergência e após 20 dias realizou a osteossíntese definitiva com placa e 8 parafusos, cicatriz da cirurgia fechada e sem sinais de infecção, fez fisioterapia motora.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Luis Fernando Centi Nascimento

CRM do médico: 4863

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Magnus Kêlus Pereira de Sousa, RG nº 002.024.129, data de expedição 03/05/03, Órgão ITEP/RN, CPF nº 008.894.644-48 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Francisco Alves</u> <u>Mantim</u>
Número	<u>175</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Carnaubais</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59.665-000</u>
Telefone de Contato	<u>84-9.9648-9283</u>
E-mail	<u>cacinhoso@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ASSU/RN, 24/07/17.

Assinatura do Declarante: Magnus Kêlus Pereira de Sousa

Tarifa Social da Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02



www.cosbri.com.br

Ligações Gratuitas:

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 9142

-Quivinda 0800 064 0404

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE RAIMUNDA PEREIRA DE SOUZA CPF: 595.161.274-87		DATA DE VENCIMENTO 19/05/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 13/05/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 13/05/2017 NÚMERO DA NOTA FISCAL 000573D44 Entr. 11		CONTA CONTRATO 000605828019 Nº DO CLIENTE 3000637359 Nº DA INSTALAÇÃO 0000167388	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA FRANCISCO ALVES MARTINS 175		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico					
CENTRO/ÁREA URBANA 59665-000 CARNALUBAIS RN		RESERVADO AO FISCO BF9D.2836.CA22.46EC.E1AD.E570.6FB3.51BB					
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.ceserh.com.br							

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	72,00	0,49730019	35,80
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,86
Contribuição Iluminação Pública			4,37
Multa por atraso-NF 000558256 - 12/04/17			0,69
Juros por atraso-NF 000559256 - 12/04/17			0,14
Compensação FIC Mensal 03/17			1,16
Compensação FIC Trimestral 01/17			0,52
TOTAL DA FATURA			42,10

TARIFAS APLICADAS				HISTÓRICO DO CONSUMO			
Consumo Ativo(kWh)		0,37513554		MAI	17		72
				ABR	17		87
				MAR	17		77
				FEV	17		71
				JAN	17		74
				DEZ	16		77
				NOV	16		72
				OUT	16		75
				SET	16		75
				AGO	16		71
				JUL	16		73
				JUN	16		70
				MAI	16		69

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO							
	%	%					
Derivação de Energia	13,47	34,85					
Transmissão	1,40	4,29					
Distribuição (Cabeço)	8,62	22,32					
Encargos Setoriais	3,30	8,54					
Tributos	9,48	24,62					
TOTAL	36,28	100					

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
38,96	18,00	6,99	38,96	1,17	0,45	38,96	5,40	2,08

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO NEGÓCIO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
E35431	CAT	12/04/2017	17.595,00	13/05/2017	17.731,00	31	1,0000	0,00	72,09

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/06/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
MAR/2017					
DIG-Mo.de horas sem Energia	ESTREITO	8,08	5,91	11,82	23,64
FIC-Mo.de vezes sem Energia		6,00	3,61	7,22	14,45
DIMC-Duração máxima de interrupção contínua		4,18	3,48	0,00	0,05
DICR-Duração de interrupção em dias úteis				1 hora 01CR: 12,22	
EU\$D-Valor de Encargo de Uso = R\$ 13,87					
Toda Companhia pode aplicar a apuração dos indicadores DIG, FIC, DIMC e GICR4 qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES A partir de 22/04, tarifa com reajuste médio de 3,05% para Baixa Tensão e 4,07% para Alta Tensão-REH 2.221/17 O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagamento em atraso gera: Multa 2%(Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1%a.m.(Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	<table> <tr> <th colspan="3">NÍVEIS DE TENSÃO</th></tr> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL(V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th></tr> <tr> <th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr> <tr> <td colspan="3">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</td></tr> </table>	NÍVEIS DE TENSÃO			TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		
NÍVEIS DE TENSÃO															
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)														
	MÍNIMO	MÁXIMO													
220	202	231													
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA															

RESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000605828019	05/2017	0,00	19/05/2017	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

SEBASTIAN LIVER POULT MS 18-061-2817 09:45 075109 1/1

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Magnus Kelio Pereira de Sousa, portador da carteira de identidade nº 002.024.129 e inscrito no CPF/MF sob o nº 008.894.644-48, residente e domiciliado na Rua Francisco Alves Martins, 175, Cidade Carnaubais, Estado RN, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Magnus Kelio Pereira de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Carnaubais, 21/10/2017

Local e data



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ADAO CABRAL,
 RG nº 20223963, data de expedição 27 / 10 / 1990
 Órgão ITEP/RN, portador do CPF nº 489.543.734-53, com
 domicílio na cidade de CARNAUBAIS, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PC.SANTA LUZIA,7 SN CENTRO, nº SN,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima MAGNUS KELIS PEREIRA DA SILVA cujo o condutor era
O mesmo

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HOND/CG 125 FAN KS
 Ano: 2014
 Placa: OJX6503
 Chassi: 9C2JC4110BR717193
 Data do Acidente: 21/05/2017SZ
 Local e Data: caraubais 06/07/2017



Adao cabral
 Assinatura do Declarante

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

Serviço Notarial de Carnaubais-RN
 Conheço por autenticidade a(s) firma(s)
ADAO CABRAL
 em _____ de _____ de 2013.
 Testemunho _____ da verdade
 Franklin da S. Nogueira - Tabelião
 Aniele Coringa de Moura - Escrevente Autorizada
 Valda Vaz da Silva - Escrevente Autorizada
 Edemar Camplato M. Neto - Escrevente Autorizado





FICHA DE ATENDIMENTO Nº 58

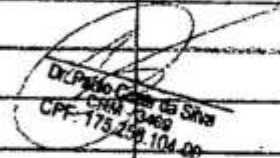
NOME: Magnus Kelis Pereira de Sousa IDADE: 35
NOME DA MÃE: Helimonda Pereira de Sousa SEXO: (x) MASC. () FEM.
ENDEREÇO: Francisco Alves Santos Nº BAIRRO: Centro
DATA DE NASCIMENTO: 20/11/81 DATA DO ATENDIMENTO: 21/05/17 HORA 17.54
CIDADE: (x) CARNAUBAIS () OUTRA ESPECIFICAR:

ESTADO CIVIL () CASADO (A) (x) SOLTEIRO (A) () VIÚVO (A) () DIVORCIADO (A) () UNIÃO ESTÁVEL
TIPO DE ATENDIMENTO: () URGÊNCIA () ELETIVO () OUTRO ESPECIFICAR: Queda de molo
CARTÃO DO SUS: 160 77558 416 0007 OUTRO DOCUMENTO Nº _____

HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente vítima de acidente com lesões de membros superiores e inferiores, com fraturas de fêmur e tíbia da perna esquerda.

P.A.: 120 x 80 mmHg TEMP.: _____ °C PESO: _____ Kg HGT 83 mg/dL
DIAGNÓSTICO: fractura de tibia y fémur en ambos miembros inferiores

MEDICAÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORA	RUBRICA
1- Insulina glargina 300 unidades		
2- Ceftriaxona 1g + 400mg		
3- S.F. 0.9% 500ml EV. 1x/dia		
4- Paracetamol 500mg 4x/dia		
Dr. R. T. M.		



Dr. Paulo César da Silva
CRM: 12345
CPF: 123.456.789-00

NOTIFICAÇÕES: () Acidente de trabalho () Ac. animal peçonhento () Dengue () Doença de Chagas () Haemophilus Influenza () Chicungunya () Hanseníase () Hepatites Virais () HIV/AIDS () HIV em gestante ou puérperas () intoxicação Exógena () Leishmaniose Tegumentar () Leishmaniose Visceral () Raiva Humana () Rubéola () Sarampo () Sífilis () Tétano Acidental e () Neonatal () Tuberculose () Varicela () Violência Doméstica () Tentativa Suicídio () Uso de Drogas Ilícitas () Ac. de Trabalho () Óbito Infantil e () Materno () Caxumba () OUTROS:



HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA LUZIA

RUA LUZA CAVALCANTE DE OLIVEIRA, 02 - CENTRO

CEP 59.665-000 - CARNAUBAIS-RN

TELEFONE: (84) 3338-2351 - E-mail: smscarneubais@rn.gov.br

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Magnus Heber Pereira Gomes SEXO: M IDADE: 35
ENDEREÇO: R. Fco Alves Martins CIDADE: Carnaubais RN
PROFISSÃO: _____ HORA DE ENTRADA: 27:54
DATA: 21.05.17 ACOMPANHANTE: _____
HORA DE SAÍDA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente vítima de choque entre
motocicleta, tendo como consequência
fratura exposta da perna esquerda

ESTADO GERAL:

B.F.G.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO:

Fratura exposta

CÓNDUTA:

- 1 - SF 0,97 - 1000ml - EV 18:00h
- 2 - Captação de 92 g + 100 EV 19:00h
- 3 - Imobilização provisória
- 4 - Analgesia

REGULADO POR:

5 - Encaminhado ao serviço de ortó-
pedia do H.R.M.

Clara

Dr. Paulo César da Silva
CRM - 3469
CPF: 175.253.104-09

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO-SOCORRO VINGT-ROSA NETO

REGISTRO N°

2.601.995

1607758 5416 DDD 7

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome:	MAGALUS KEVIS PERCIPA DE SOUSA	D. N.	26/11/81	Idade:	35
Profissão:		Cartão SUS n°			
Endereço: Rua:	F. M. M. MARTINS, 128	Bairro:	Centro		
Cidade:	CAPIBAUBAIS	U.F.	RN	Fone:	
Filiação: Mãe:	RAIMUNDA PERCIPA DE SOUSA	Pai:	WILZ MARCELO DE SOUSA		

Data: 21/10/17

Hora: 20:55

A.C.C.R.:

AMARELO

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Queixa de dor no abdômen
coletada entre 10h e 12h
12h e 14h

- EXAME FÍSICO

Exame físico realizado
sem alterações

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 06/10/2017
SANE/ARQUIVO

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Prontuário de atendimento

07/08/2017 - 17:00h

ORTOPEdia

fratura exposta. P.O.

do, cinto cirúrgico

Dr. Paulo Roberto N. Mendes
CRM-RN 2465
CPF: 108.255.144-04

Dr. Nayara O. Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 226.650-9/2016

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
01/08/2017				
02/08/2017				
03/08/2017				
04/08/2017				
05/08/2017				
06/08/2017				
07/08/2017				
08/08/2017				
09/08/2017				
10/08/2017				
11/08/2017				
12/08/2017				
13/08/2017				
14/08/2017				
15/08/2017				
16/08/2017				
17/08/2017				
18/08/2017				
19/08/2017				
20/08/2017				
21/08/2017				
22/08/2017				
23/08/2017				
24/08/2017				
25/08/2017				
26/08/2017				
27/08/2017				
28/08/2017				
29/08/2017				
30/08/2017				
31/08/2017				

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() ALTA DO PRONTO SOCORRO () INTERVENÇÃO HOSPITALAR () TRANSFERÊNCIA () OUTROS (Descrever)

Observações:

Dr. Nayara O. Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 226.650-9/2016

Data: / / Hora: :

Identificação Médica

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Chave de Confirmação:

27861

Nome:
PRONTUÁRIO DA CRIANÇA DR PAULO GURGEL

Cod. CNES:
7680033

Op. Solicitante:
FLORENTINHO

Op. Autorizador:
FLORENTINHO

Op. Videofoneia:

Nome:
PRONTUÁRIO DA CRIANÇA DR PAULO GURGEL
Endereço:
RUA MONTE SINAI
Telefone:
(84) 4008 5000
Profissional Executante:
FRANCISCO DE ASSIS FREIRE DE SOUSA

Cod. CNES:

2660033

Número:

1948

CEP:

59078-340

Complemento:

Bairro:

CIDADE JARDIM

Município:

MATÁ - RN

Data e Horário de Atendimento:

TER - 30/05/2017 - 08:00hrs

CNS:
708107154107247

Nome do Mãe:
RAIMUNDA PEREIRA DE SOUZA

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome do Pai:

Nome:
MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUZA
Sexo:
MASCULINO
Raça:
AMARELA
Naturalidade:
CARNAUBAIS - RN

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:
26/11/1981

Idade:
35 ANOS

Nome do Legado:
FRANCISCO ALVES MARTINS
Município de Residência:
CARNAUBAIS - RN

Número:

17

CEP:

59445-000

Complemento:

Código de Solicitação:
201491403

CPT Profissional Solicitante:
054.007.253-32

Diagnóstico Análise:

EXAME MÉDICO GERAL

Procedimento Autorizado:

CONSULTA EM ORTODONTIA - GERAL

Data de Solicitação:

26/05/2017

Data de Aprovação:

26/05/2017

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

Profissional Solicitante:

FRANCISCO DE ASSIS FREIRE DE SOUSA

CID:

Z000

Cod. Unificado:

0307010672

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO EFETIVO

Cod. Interno:

0307010672

26/07/2009

COMPAREÇA COM ANTECEDÊNCIA DE 30 MINUTOS NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SEMPRE LIBERAR PRINT - 18-05-2017 08:46 075117 1/1

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarrinho

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
- ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE <i>Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel</i>		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
- NOME DO PACIENTE <i>Robson Keltor Pereira Gomes</i>		6 - Nº DO PROTOCOLO	
- CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>26/11/85</i>	9 - SEXO <i>MASCULINO</i>	10 - FEMININO <i>1</i>
- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
- ENDEREÇO (RUA, Nº)			
- MUNICÍPIO		14 - BAIRRO	15 - UF
		16 - CEP	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
trauma, de emboscada no RS, atingindo

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
trauma com fratura extensa

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

fratura de radioulnar

DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura</i>	21 - CID PRIMÁRIA	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
---------------------------------------	-------------------	---------------------	------------------------

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO <i>fratura</i>	25 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			29 - DT SOLICITAÇÃO <i>15.06.17</i>
			30 - CNES / CPF
			31 - ASSINATURA E CARIMBO Nº REG. CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BOMBS
2 - ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	36 -	40 -
3 - ACID. TRABALHO TRAJETO			
4 - PRINCIPAL		DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
5 - SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

6 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ARR)
AUTORIZ. S / CPF	51 - DT AUTORIZ.	
	52	
SINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

SECRETARIA DE SAÚDE - RENOVAÇÃO DE LICENÇA Nº 15-06-2017 09:46 075119 1/1

@ a fixador externo
 @ região do
 @ 35 anos



PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel

REGISTRO DE INTERNAMENTO		
Nº AIH:	Nº ATENDIMENTO 233283	DATA 26/12 HS:
TIPO DE INTERNAMENTO: () CIRÚRGICO () CLÍNICO () PEDIÁTRICO		
ACOMODADO	LEITO: 204 A	CONVÊNIO SUS
MATRÍCULA 7082254107247	VALIDADE	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME: MAGNUS RUIZ PEREIRA DE SOUZA	SEXO: (M) M (F) F
DATA DE NASCIMENTO: 26/11/81 RG: 00004129 CPF:	
FILIAÇÃO MÃE: MAGNUS PEREIRA DE SOUZA	
PAI: LUIZ MARCELINO DE SOUZA	
ENDEREÇO: RUA FRANCISCO ALVES MARTINS Nº 175	
BAIRRO: CENTRO	CIDADE: CAMPOGRANDE
ESTADO: RN	CEP: 59665-000
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:
FONE: (84) 99648-9293	FONE: (84) 99804-3258
SUMÁRIO DE ALTA	
TIPO DE ALTA: () MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO	
DATA: / / 2017	HORA: ASS: RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO
Ferimento de corte aberto há 30 dias atrás, paciente com fixador externo (femur E). no = tração fixa e fêmur E. Ferimento ulnar de fixador externo. OSTEOMIELITE fêmur E 22/06/17 63
PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA CNPJ: 09.417.742/0001-91 Confere com o Original Data: 28/06/2017 [Assinatura]
CARIMBO E ASS. DO MÉDICO Francisco de Assis F. de Souza Ortopedia - Traumatologia CRM 9635-RN

[illegible]

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Margaux Kelis Perline de Souza Nº REGISTRO 259283

DATA 22/06/17 IDADE 35 A LEITO: 204A MÉDICO: Dr. Assis

ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? ☒ SIM ☐ NÃO PESO: 65 Kg Altura: cm

RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: ☐ SIM ☐ NÃO

ALERGIAS: ☒ NÃO ☐ SIM: nenhuma

DOENÇAS PREGRESSAS: ☐ DM ☐ HAS ☐ TABAGISMO ☐ HIV ☐ Hep B ☐ Hep C ☐ Arritmias ☐ DPOC ☐ AVC ☐

Marcapasso ☐ Outros: nenhuma

Medicações de uso frequente: nenhuma

Exames: ☒ Labor ☒ Raio x ☐ USG ☐ TC ☐ RNM ☐ Risco cirúrgico Outros:

Encaminhado: ☐ Deambulando ☐ Cadeira de Rodas ☒ Mola ☐ consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado

Anotações de Enfermagem:

Conferido informação acima por: Katiana Admitido na sala: I Hora: 13:20

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Retirada de fixador externo em tibia "E" + fratura de tibia

1. Equipe completa presente ☒ Sim ☐ Não
2. ☒ Paciente com identificação e cirurgia confirmada
3. Termo de consentimento ☒ Cirúrgico ☐ hemoterápico ☐ não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente ☒ sim ☐ não ☐ não aplicável
5. ☒ Bisturi elétrico disponível e testado
6. ☒ Aspirador cirúrgico disponível e testado
7. ☒ Mesa cirúrgica testada
8. Hemoderivados solicitados e reservados ☐ sim ☐ Não ☒ Não aplicável
9. Paciente tem alergia conhecida ☐ sim ☒ não
10. Aparelho de anestesia testado ☒ sim ☐ não
11. Esterilizações dos instrumentais com indicadores ☒ sim ☐ não
12. Aparelho de artroscopia ☐ SIM ☒ NÃO

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

13. ☒ Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta

Anotações de Enfermagem e Intercorrências Retirado para o serviço de emergência

Assis

Início da cirurgia: 14:00 Término da cirurgia: 15:00

CIRURGIÃO Dr. Assis ASSISTENTE: _____ ANESTESIOLOGISTA Dr. Cristiano
INSTRUMENTADORA Joanice CIRCULANTE: Yara ENFERMEIRA: Ana Claudia

URPA (Unidade de Recuperação) pós-anestésica

Condições de admissão do paciente:

() Acordado () Sonolento () agitado Ar ambiente () MV 50% () Cateter de O2 () TQT (x) AVP () AVC

Hipotensão () Hipertensão () Bradicardia () Taquicardia () Tremor () Prurido () Desorientação () Agitação ()
() Dispneia () Broncoespasmo () Dessaturação () Outros: _____

Medicações Administradas na URPA (anotar horários) _____

Encaminhado para o andar

AVP (x) AVC () SNG () SVD FECHADA () DRENOS () CURATIVOS LIMPO (x)

GESSO EM: MSD () MSE () MID () MIE ()

EXAMES: (x) Labort (x) Raio x () USG () TC () RNM () RISCO CIRURGICO () OUTROS _____

ENCAMINHADO: (x) Enfermaria () UTI () Alta Hospitalar () Outros _____

Anotações de Enfermagem: _____

ENCAMINHADO POR: Kut HORA: 16:20

SEMPRE LIGAR O FIO DE O2 NO 10-100-2017 09:46 075125 1/1



Prontoclinica Dr. Paulo Gurgel

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: DR. ASSIS

PACIENTE: Magnus K. P. de Souza SETOR: Leito LEITO: 204A
 DIAGNOSTICO MÉDICO: Fibrose cística IDADE: 35 anos
 PROCEDÊNCIA: () DOMICILIAR () HOSPITALAR: DUAL
 ALÉRGICAS: _____ DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: _____

EVOLUÇÃO: 22/06/16 HORÁRIO: 08:00

ASPECTO GERAL

(X) CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
 (X) ATIVO (X) REATIVO () HIPOATIVO
 () HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
 () COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

(X) AVP: _____
 () AVC: _____
 () Jelco: _____
 () Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() HV _____
 () BI _____
 () ATB _____

PELE

(X) HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
 (X) NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
 () EXTREMIDADE FRIAS () NORMOTÉRMICA
 () HIPOTERMIA: _____
 () HIPERTERMIA: _____
 () DRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

() EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
 () BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
 () RUÍDOS ADVENTÍCIOS TIPO: _____
 () TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: Paciente admitido na UTI após
realizar cirurgia ortopédica no
artroscopia de tornozelo
Orientado sobre jejum e higiene
interna
Introdução de sondas

Handwritten signature and stamp of the nurse.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO: 22/06/16 HORÁRIO: 22:00

ASPECTO GERAL

(X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
 (X) ATIVO (X) REATIVO () HIPOATIVO
 () HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
 () COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

(X) AVP: _____
 () AVC: _____
 () Jelco: _____
 () Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

(X) HV _____
 () BI _____
 (X) ATB antibióticos

VENTILAÇÃO

(X) O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
 () ENTUBADO TOT Nº _____
 OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE
 (X) ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
 () HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
 () POLIÚRIA () SVD _____
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA

GERENCIADOR LIDER N° 18-850-2012 89146 075126 14

(X) HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
(X) NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
() EXTREMIDADE FRIAS (X) NORMOTÉRMICA
() HIPOTERMIA: _____
() HIPERTERMIA: _____
() DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

(X) EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
() BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
() RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
() TAQUICÁRDICO (X) NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: _____

() TESTÍMULO: _____
(X) AUSENTE 20 dias DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

(X) FLÁCIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

() DEAMBULANDO (X) CADEIRA DE RODAS
() SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO (X) ORAL/COPINHO () GTM
() SOG/SNG _____
() RESÍDUO GÁSTRICO: _____
() ZERO () VÔMITO _____ vezes

EVOLUÇÃO

ASPECTO GERAL

() CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
() ATIVO () REATIVO () HIPOATIVO
() HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
() COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

() AVP: _____
() AVC: _____
() Jelco: _____
() Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() HV _____
() BI _____
() ATB _____

ELC

() HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
() NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
() EXTREMIDADE FRIAS () NORMOTÉRMICA
() HIPOTERMIA: _____
() HIPERTERMIA: _____
() DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

(X) EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
() BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
() RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
() TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: _____

HORÁRIO

VENTILAÇÃO

() O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
() ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE

() ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD _____

ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA
() TESTÍMULO: _____
() AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

() FLÁCIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

() DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
() SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
() SOG/SNG _____
() RESÍDUO GÁSTRICO: _____
() ZERO () VÔMITO _____ vezes

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro



PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE Magnum R.P. de Souza
APTO.: _____ Nº REGIST. _____
CONVEN. _____

USO DE:		DATA / H	USO DE:		DATA
BOMBA DE INF.	DIL		ECG		
NEBULIZADOR	Nº		OXIG./UMIDIF.		
ASPIRADOR	DIL		BERÇO AQUECIDO		
CURATIVO			FOTOTERAPIA		
			INCUBADORA		

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
22/06/17		Pt encaminhado para o CC de acompanhamento do marçuro, com paciente orientado em O ambiente, anexo 1 Rx + exames.	
22/06/17	15:55	Pt retornou ao CC de acompanhamento do marçuro, consciente, orientado em O ambiente, anexo 1 Rx + exames.	Examin 673986
22/06/17	20:00	Adm. Dacodon 4 mg + A.B.D. 50	Examin 673986
22/06/17	22:00	Adm. Levodopa 3 g + A.B.D. 50	
23/06/17	06:00	Adm. Levodopa + A.B.D. 50 +	Examin 483015
23/06/17	06:00	Adm. Levodopa 3 g + A.B.D. 50	
23/06/17	06:00	Adm. Levodopa 3 g + A.B.D. 50	Examin 483015
23/06/17	06:00	Adm. med. Valeriana 15mg	Examin 483015
23/06/17		In Q.S. de Consenso Presença	
23/06/17		Pt saiu do CC de acompanhamento do marçuro, consciente, orientado em O ambiente, anexo 1 Rx + exames.	
23/06/17	8:00	Curativo + TLA 71/6 bits	
23/06/17	10:15	Paciente saiu de alta hospitalar, consciente, orientado em O ambiente, segue anexo 1 Rx + exames 2 de.	Examin 483015

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APTO/ENF.
Leticia P. de Oliveira

APPROXIMATE DATA:

APPROXIMATE DATA:

HOBARIS

Deposited Current

2

11/11/2013 10:55 AM

7. The dog has a pinkish odor. (Pinkish odor)

To the Board of Directors

3) Cedar from 75 B/Bay to

② Water paper

Who will give seat reservations

James E. Van
B. Ingraham Tools & Equipments

2000

[illegible]

2500

St. Francis de Sales F. de Sales
Ortopedia - Traumatologia
CPS 3635-RN

RC F&B/450

100

金一

DÉBITOS

SEHINGA 01

SEMI-ANNUAL

SERINGA 10 cc

EQUIPO MICRO

REGISTRATION

JELCO Nrs

POLICE

LUVA PROCEED

GADES.PCT

MAIL ROOM

Pyper, J. C.

ALCOOL 70%em

ALBUQUERQUE

CREPON: M2

CEFAZOL 1ml

COINTEGRATION

SONDA URETRA

COLETTOR FEEDBACK

COMPLETE ABSTRACT

ELE7FO.D01

WILLIAMS, LEECH

PHARMG



PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel

EVOLUÇÃO MÉDICA

MAGNUS KELLY P. de SOUZA

PACIENTE: _____ REGISTRO Nº _____
APTO.: _____ CONVENIO _____
MÉDICO: Dr. Paulo Gurgel

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MÉDICA
22/06/17	Intenso trauma cranial, sem trauma cervical. Dr. Francisco de Assis F. de Souza Ortopedia - Traumatologia CRM 3635-RN
22/06/17	Ulceração cranial. Dr. Francisco de Assis F. de Souza Ortopedia - Traumatologia CRM 3635-RN
23/06/17	Tratamento cirúrgico Foco cranial com fixação de placa e parafusos na região parietal. Exame de controle do TC. Exame de controle de radiografia. Dr. Francisco de Assis F. de Souza Ortopedia - Traumatologia CRM 3635-RN

PRESCRIÇÃO MÉDICA

de Street

CONVENIO:

APRO/ENF
DATA:

Results

PRESCRIÇÃO

HORARIO

81006117
Celpato 75 KU

Consistent with body
After

Francisco de Assis de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 26.715-PR

Dr. J. H. H. H.

PRESCRIÇÃO		HORARIOS	
<i>Shelly</i> <i>Calabro de 4 cu</i> <i>condutiva + traq. normal</i> <i>Atiba</i> <i>Francisco de Assis de Almeida</i> <i>Otorrinolaringologista</i> <i>CRM 16.131-PR</i>			

DÉBITOS	
SERINGA 01	
SERINGA 03 cc	
SERINGA 05 cc	
SERINGA 10 cc	
SERINGA 20 cc	
EQUIPO MICROGOTAS	
EQUIPO P/ BI	
EQUIPO P/ SANGUE	
JELCO nº	
SCAP nº	
POLEIX	
LAVA PROCEDIMENTO	11 E
LAVA ESTER. Nº	7
GASES PCT	2
ESPANDIDOR	
ANCHOPRE	
PVP	100
ETER	
ALCOOL 70%ml	
ALGODÃO 60LA	
AGULHA DESC.	
CHEPOM nº	15
ALGODÃO ORTOP.	11
CEPAOL ml	
POMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LAMINA BISTURI	
ELETROLITO	
MASC. DESCAT	1
SORO FISO. 0,9%	1810 ml
HTA HT	
At de 9902	15-17
At de 9902	15-17

RCF&M&C14

RECIBO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 002.024.129
 03/05/2013
 INSTITUTO
 GERAL
 NOME
 MARCOS HELIO PEREIRA DE SOUSA
 PLACAO
 LUIZ MARCELINO DE SOUSA
 NAUPLATA PEREIRA DE SOUSA
 DATA DE NASCIMENTO
 25/11/1981
 DATA DE NASCIMENTO
 25/11/1981
 F-81 89-1273
 CARTEIRÃO BN-CARTORIO UNICO CARTARIO
 ASSINATURA DO DIRETOR
 003.894.544-48
 2a. VIA
 CPF
 003.894.544-48
 002.024.129
 03/05/2013

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




PÓLEGAR DIREITO

Me. Aguiar Helio Pereira de Sousa
ASSISTENTE DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF****MINISTÉRIO DA FAZENDA**

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 008.894.644-48

Nome: **MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA**

Data Nascimento: 26/11/1981

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data de Inscrição no CPF: 04/05/1998

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 11:58:23 do dia 29/06/2017 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 2D5F.BF81.026C.1C7C

Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

SERIADA0001 LITERA PRINT RS 18-060-2017 09:45 07/01/02 1/1

MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - RN 10419 // 00110 NP01310415721B
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 1
COD RENAVAM 01001077503
RNTAC 2017

ADAO CABRAL - RZ
NOME

09.346.853/0003-54
PLACA ANT / UF
09X6503 / RN
09X6503

PATRIMÔNIO/NOTICIA/TELMAO AVE DE AVE
MARCA / MODELO
RNDAL / CCE 125 FPM RG
CAP / NOTICIA
OCV / 124 CILINDRADO
CATEGORIA PARTICULAR
VEIC COTA UNICA
VEIC COTA UNICA
1º PAGO
2º PAGO
3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0.00
TAXA IPVA
TAXAS DETRAN PAGO
PREMIO TOTAL (R\$)
DATA DE PAGAMENTO

... TAXAS DETRAN PAGO
PREMIO TOTAL (R\$)
DATA DE PAGAMENTO

NOTOR: JC41K1K171193

CARNAUBA DO PIAUI

21

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DETRAN - RN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

() MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA MAGNUS KELS PEREIRA DE SOUSA

DATA DO ACIDENTE 21/05/17 POSSUI CPF ☒ SIM () NÃO Nº CPF 008.894.644-48

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☒ Sim () Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de Invalidiz do IML - original ou cópia autenticada () Sim ☒ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - () Termo de Conciliação (original), assinado pela(o) companheira(o), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) MAGNUS KELS PEREIRA DE SOUSA

Quem é o portador? ☒ Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador

E-mail cecinhaso@hotmail.com

Tel: 84 99648-9283

Data 09/08/17

Assinatura Magnus Kels Pereira de Sousa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto)

Atendente Marceto Antonio Batista

Assinatura Marceto Antonio Batista

Data: 09/08/17

Assinatura

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341056/17

Vítima: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

CPF: 008.894.644-48

Data do Acidente: 21/05/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA : 008.894.644-48

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/08/2017

Nome: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

CPF/CNPJ: 008.894.644-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2017

Nome: RAPHAEL SILVA PORTELLA CABRAL

CPF: 093.229.487-10

MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

RAPHAEL SILVA PORTELLA CABRAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Comércios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341056/17
Vítima: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA
CPF: 008.894.644-48
CPF de: Próprio
Data do Acidente: 21/05/2017
Titular do CPF: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Declaração de Inexistência de IML
Outros

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/01/2018
Nome: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA
CPF: 008.894.644-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

Alexandre Tavares Belfort

SINISTRO 3170476996 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA****LÍDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS****BENEFICIÁRIO** MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA**CPF/CNPJ:** 00889464448**Posição em 26-09-2017 14:30:51**

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição

Tipo

Status

Nome

Declaração de Inexistência de IML

Vítima

Pendente

SEGURADORA LIDER DPVAT 2 22/01/2018 13:46 - 000000003974

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170476996 **Cidade:** Ipanguaçu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 21/05/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura exposta em perna esquerda

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia médica para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**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

Nome do(a) Examinado(a): **MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA** Sinistro: **3170476996** Data: **21/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **R FRANCISCO ALVES MARTINS, 13 - CENTRO - Carnaubais - RN - CEP 59665-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ITEP /RN**] **002.024.129**

Data local do exame: [**07/03/2018**] **Mossoró** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura exposta da perna esquerda. Ao exame apresenta cicatriz de cirurgia em terço médio da perna esquerda, limitação de flexão e extensão do tornozelo esquerdo. Joelho esquerdo com flexo extensão presente e sem alterações menisco ligamentares.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Submetido a tratamento cirúrgico com um fixador externa na emergência e após 20 dias realizou a osteossíntese definitiva com placa e 8 parafusos, cicatriz da cirurgia fechada e sem sinais de infecção, fez fisioterapia motora.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (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):
Tornozelo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dr. Luis F. C. Nascimento
ORÇATELA E TRANSMISSÃO
(CRM 4863)

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11599993

A/C: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170476996 ASL-0341056/17

Vitima: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

Data Acidente: 21/05/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **18/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **21/05/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório
- Declaração do Proprietário do Veículo infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11604873

A/C: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170476996 ASL-0341056/17

Vitima: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

Data Acidente: 21/05/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2017

Carta nº: 11711691

A/C: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170476996 ASL-0341056/17

Vitima: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

Data Acidente: 21/05/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **21/05/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA**

Sinistro: **3170476996**

Vítima: **MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA**

Data do Acidente: **21/05/2017**

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 3170476996** 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, 15 de Março de 2018

Carta nº: 12520607

A/C: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

Nº Sinistro: 3170476996
Vítima: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA
Data do Acidente: 21/05/2017
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: **MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000756**

Conta: **000000045344-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

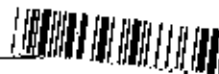
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELO SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Magnus Kelis Pereira de Sousa
PORTADOR(A) DO RG Nº 002.024.129 EXPEDIDO POR ITEPIRN EM 03/05/13 E
CPF 008894644-48 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO Agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ recusou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Magnus Kelis P. de Sousa AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0756 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5344-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Caracuaçu, 21 de julho de 2014
LOCAL E DATA

Magnus Kelis Pereira de Sousa
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguros prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG ASSU

DATA: 30/06/2017

HORA: 13:52:26

TERMINAL: 07561446

CONTROLE: 075614460723

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE

DEPÓSITO DE CHEQUES

CONTA CREDITADA: 0756.013.00045344-0

NOME: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

VALOR TOTAL DOS CHEQUES: 0,05

NÚMERO DO ENVELOPE: 7575974700

NÚMERO DE CONTROLE: 181183704

A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726-0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725-7474

www.caixa.gov.br

SENDAIA LIDER 100% 06

18-089-2017 08:45 075106 1/1



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE IPANGUAÇU
5ª DRPC - telefax: 84 3521-6475 - E-mail: Sdrp@rn.gov.br



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 117/2017.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO /DPVAT		
Local: RN 118, próximo a arapuá, Zona Rural, Ipanguaçu/RN		
Data do Fato: 21/05/2017	Horário: 17:00h	
COMUNICANTE: Magnus Kelis Pereira de Sousa		
Filiação: Luiz Marcelino de Sousa e Raimunda Pereira de Sousa		Fone: 99648-9283
Naturalidade: Assú/RN	Nacionalidade: brasileira	
Nascido em: 26/11/1981	Idade: 35 anos	Doc: RG nº 002.024.129/SSP-RN
Endereço: Rua Coronel Emílio Dantas da Silveira, nº 266, Bela Vista, Área Urbana - ASSU RN.		
Estado Civil: solteiro	Profissão: Agricultor	
VÍTIMA: O(A) COMUNICANTE		
Filiação:		Fone:
Naturalidade:	Nacionalidade:	
Nascido em:	Idade:	Doc.:
Endereço:		
Estado Civil:	Profissão:	
ACUSADO: PREJUDICADO		
Filiação:		Fone:
Naturalidade:	Nacionalidade:	
Nascido em:	Idade:	Doc.:
Endereço:		
Estado Civil:	Profissão:	
HISTÓRICO		
O (a) comunicante relata que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para o registro de Boletim de Ocorrência para instruir pedido de seguro obrigatório, em acidente ocorrido no dia e hora acima citados, ocasião em que a vítima pilotava a moto marca HONDA/CG 125 FAN KS, cor vermelha, ano/mod. 2014, placa OJX-6503/RN, chassi nº 9C2JC4110ER717193, renavam 01003817502 em nome de Adão Cabral - ME, quando trafegava no sentido Ipanguaçu/Alto do Rodrigues, próximo ao município acima mencionado, ocasião em que bateu frontalmente em outra moto que vinha em sentido oposto, chegando a cair, momento em que foi socorrido por populares que presenciaram o fato, para o Hospital e Maternidade Santa Luzia sendo transferido para o Hospital Tarcísio de Vasconcelos Maia em Mossoró/RN, Que, o comunicante não é habilitado.		

Registrado em: 06/07/2017.

Horário: 15h25min

Magnus Kelis Pereira de Sousa
ASSINATURA DO COMUNICANTE

[Assinatura]
Policial de Plantão



1º OFÍCIO SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRAIS DO MUNICÍPIO
Av. Senador João Câmara, 441 - Centro
Assú-RN - CEP: 59600-000 - Fone: (84) 3331-2929
centro@ipanguacu.rn.gov.br

NOTA DE EMISSÃO DE COPIAS
Total

AUTENTICAÇÃO: Certifico que este é a reprodução fiel do original que me foi apresentado e qual autêntico. Dou fe.
Assú/RN, 19-julho-2017

[Assinatura]
Rivaldo Maria da Costa Carvalho Lessa
Autenticado(a)

Verido somente com o selo de autenticidade.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Magnus Kelio Pereira de Souza, portador da carteira de
identidade nº 002.024.129 e inscrito no CPF/IMF sob o nº 008.894.644-48,
residente e domiciliado na Rua Francisco Alves Martins, 175,
Cidade Carnaubais, Estado RN, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

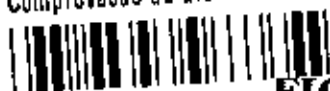
Abagmus kelis pereira de souza

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Carnaubais, RN, 19 de outubro 2017

Local e data

SPRINGER LIDER DEPT# 2 22/01/2018 13:46 - 00000000000000000000



TELEPHONE: (84) 3338-2351 - E-mail: smascarnaubais@rn.gov.br

NOTIFICAÇÕES: () Acidente de trabalho () Ac. animal peçonhento () Dengue () Doença de Chagas () Haemophilus Influenza () Chikungunya () Hanseníase () Hepatites Virais () HIV/AIDS () HIV em gestante ou puérperas () Intoxicação Exógena () Leishmaniose Tegumentar () Leishmaniose Visceral () Raiva Humana () Rubéola () Sarampo () Sífilis () Tétano Acidental e () Neonatal () Tuberculose () Varicela () Violência Doméstica () Tentativa Suicídio () Uso de Drogas Ilícitas () Ac. de Trabalho () Óbito Infantil e () Materno () Caxumba () OUTROS:



HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA LUZIA

RUA LUIZA CAVALCANTE DE OLIVEIRA, 02 - CENTRO

CEP 59.665-000 - CARNAUBAIS-RN

TELEFONE: (84) 3338-2351 - E-mail: smscarnaubais@rn.gov.br

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Marcos Helio Pereira Gomes SEXO: M IDADE: 35

ENDEREÇO: R. Fco. Alves Martins CIDADE: Carnaubais RN

PROFISSÃO: _____ HORA DE ENTRADA 17:54

DATA: 21/05/17 ACOMPANHANTE: _____

HORA DE SAÍDA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente vítima de colisão entre motocicletas, tendo como consequência fratura exposta da perna esquerda

ESTADO GERAL:

BEG

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO:

Fratura exposta

CONDUTA:

- 1 - SF 0,37 - 1000ml - EV 19:00h
- 2 - Ceftriaxona 0,5 g + ABDFV 19:00h
- 3 - Imobilização provisória
- 4 - Analgésicos

REGULADO POR:

5 - Encaminhado ao serviço de ortopedias do HRTM

Clara

Dr. Paulo César da Silva
CRM - 3469
RPF - 175.253.104-00

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

SEGRETIARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
19/05/2017 11:13

SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA PARA O HRTM ATRAVÉS DA UGV

Paciente: <u>João Carlos Kelly Pereira de Souza</u>		
Idade: <u>35a</u>	Sexo: M(☒) F(☐)	
Diagnóstico: <u>Fratura exposta de tíbia 2/</u>		
Parecer/Clinica: <u>colisas imoto x-moto</u>		
<u>Paciente consciente e orientado</u>		
<u>Somnolência controlada e realizada imobilização</u>		
Hospital Solicitante da Vaga: <u>Parranubais</u>		
Enferm(☐)	UTI(☐)	Fisio(☐)
Médico Solicitante: <u>Dr. Paulo Cesar</u>		
Paciente c/ Encaminhamentos: S(☐) N(☐)		
Data/hora da Solicitação: <u>18:53 21/05/17</u>		
Técnico UGV: <u>Clara Jordany</u>		
Assinatura: <u>[Assinatura]</u>		
CPF: <u>000.000.000-00</u>		