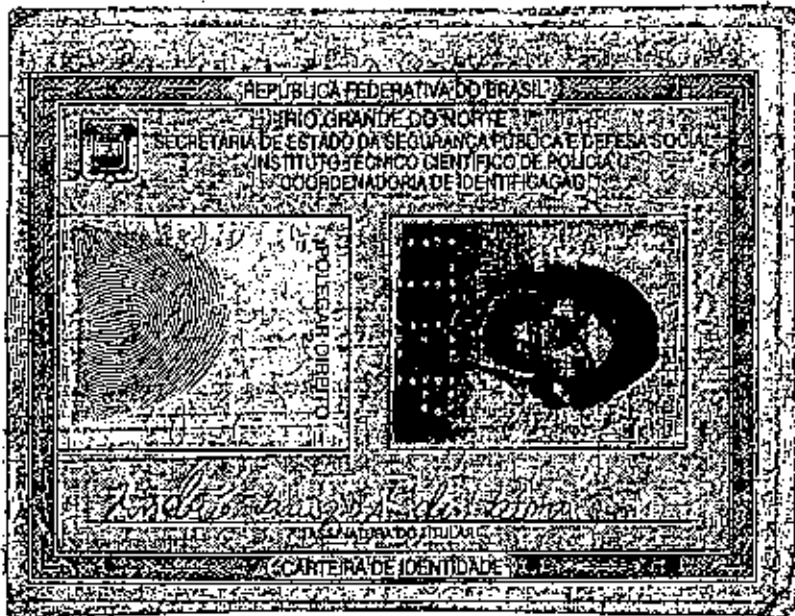
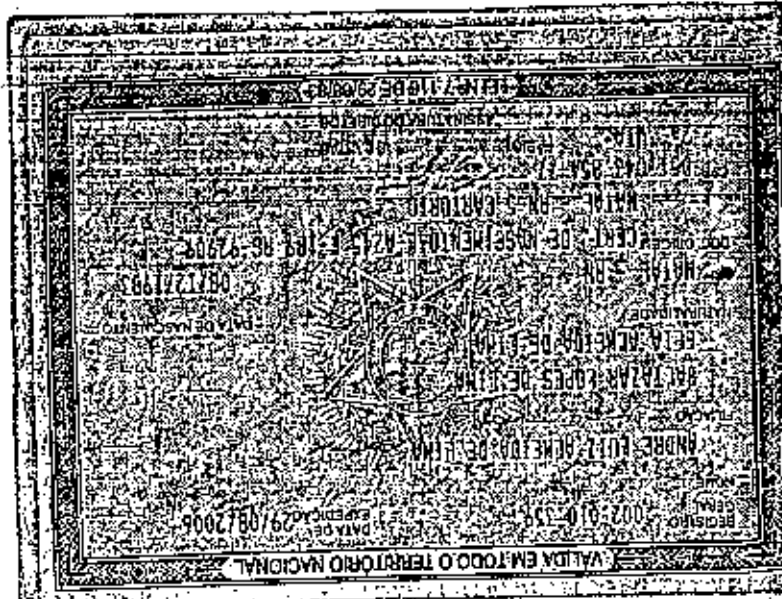




CPF: 051.043.854-77





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE ANDRE LUIS ALMEIDA DE LIMA
DATA DE 03/09/2016 HORA 15:21 Nº BAA 202443
ENTRADA
IDADE 32 SEXO M ETNIA Pardo
CARTÃO SUS - ESTADO CIVIL -
CPF - RG 02010359 - -
NOME DA MÃE HELIA ALMEIDA DE LIMA
NOME DO PAI -
NASCIMENTO 18/12/1983 NATURALIDADE Natal-RN
TELEFONE (48) 3614-7828 PROFISSÃO -
RUA/AV. Rua Itabaiana Nº 2015
COMPLEMENTO - BAIRRO Igapó
CEP 59104-120 CIDADE Natal-RN
ORIGEM Ambulância - SAMU MOTIVO Acidente de Trânsito / Carro - Moto
ACID. DE TRABALHO Não USUÁRIO Lúcia

Documentação médico-hospitalar



HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima colisão moto - carro. Há ~ 1 hora, era o motoguerrista. Estava de capacete, porém o mesmo saiu da colisão com o acidente. Nega perda de consciência, náuseas ou vômitos. Refere dor em torção, Joelho e perna D.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Via aérea permeável, com color. de mucosa
B Fúrpneia, MV + bilateral e simétrica, S/B
C Estável, pulsos cheios, RCR 21, BNF, S/B
D FC = 15
E elevação em tórax e Joelho D

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Abdomen flácido indolente
Reflexo uterino.

Sat: 99% ao ambiente

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATORIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-S FINAL
15h	140 x 60	+	-	20	70	15	
DIAGNÓSTICO INICIAL							CID

O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E A AVALIAÇÃO DETALHADA CRITÉRIOS DO PACIENTE (DA CABEÇA AOS PÉS), VEJA, NÃO APENAS OLHE; OUÇA, NÃO APENAS ESCUTE; SINTA, NÃO APENAS TOQUE.

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): negativa

M (MEDICAÇÃO EM USO): negativa

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PREVIAS): negativa

L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL): atualizada (25 meses)

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

Radiografia de tórax AP,
pele AP, joelho AP, perna e
pé direitos (AP - Equivo?).
Rombio D AP

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Repetir RX de tórax AP

OUTROS

[Assinatura]
Daniel A. de Medeiros
Cirurgião Geral
CRM 5208

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Dipirona - 0,5ml + 0,5ml ASD
EV agora

[Assinatura]
Dr. Ivo Martins de Mesquita Jr.
CRM de Cirurgia Geral
524788-8123

2. Pito anterior do tórax: curvas
asimétricas locais, sensíveis com
Xilocaína 0,2% com fio
número 30.

3-VAT

Alto do Cir. Geral

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

15/40

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <u>Odontologia</u>	HORA: <u>18:05</u>	DATA: <u>03/09/16</u>
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

Reciente com história de queda durante

EXAME FÍSICO

apresentando dor em clavícula

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fraturas de clavícula

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

R/

LABORATÓRIO

Fechada

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Enfermeiro em

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

gesso

Dr. Anderson Bastos
Ortopedista
CRM-4421/BO-10660

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nesta linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

DESTACAR



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
ORTOPEDIA

PACIENTE ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA
DATA DE ENTRADA 06/09/2016 **HORA** 20:16 **Nº BAA** 203192
IDADE 32 **SEXO** M **ETNIA** Pardo
CARTÃO SUS 702602765383648 **ESTADO CIVIL** Solteiro(a)
CPF 051.043.854-77 **RG** 002.010.359 - SSPRN
NOME DA MÃE ELIA ALMEIDA DE LIMA
NOME DO PAI BALTAZAR LOPES DE LIMA
NASCIMENTO 08/12/1983 **NATURALIDADE** Natal-RN
TELEFONE (84) 3614-7828 **PROFISSÃO** Auxiliar de producao
RUA/AV. Rua Itabaiana Nº 2015
COMPLEMENTO - **BAIRRO** Igapó
CEP 59104-120 **CIDADE** Natal-RN
ORIGEM Família **MOTIVO** Consulta de urgência / Retorno - ortopedia
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Wellingtongomes

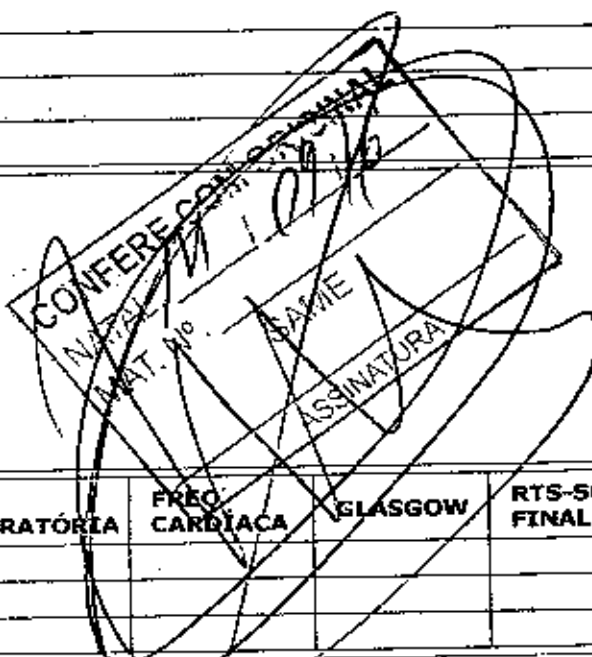
HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

*Acidente de trânsito em
caminhão, acidente motorista*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES



HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fraatura de tíbia

CID

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

/ /

HORA:

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

/ /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

CONFERE COM ORIGINAL
14:29 18

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

/ /

HORA:

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

/ /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

DESTACAR



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

145293

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

702802765383468

8- DATA DE NASCIMENTO

08/12/1983

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

ELIA ALMEIDA DE LIMA

12- TELEFONE DE CONTATO

36147828

13- NOME DO RESPONSÁVEL

A GENITORA

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA - ITABAIANA Nº 2015

16- MUNICÍPIO

NATAL

17- BAIRRO

IGAPO

18- UF

RN

19- CEP

59104120

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CLÍNICA

29- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30- DOCUMENTO

31- Nº DOCUMENTO

32- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33- DATA DA SOLICITAÇÃO

34- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

35- () AC. TRÂNSITO

36- () AC. TRABALHO TÍPICO

37- () AC. TRABALHO TRAJETO

38- CNPJ DA SEGURADORA

39- Nº DO BILHETE

40- SÉRIE

41- CNPJ DA EMPRESA

42- CNAF DA EMPRESA

43- CBOR

44- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

Autorização

45- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46- COD. ORGÃO EMISSOR

47- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

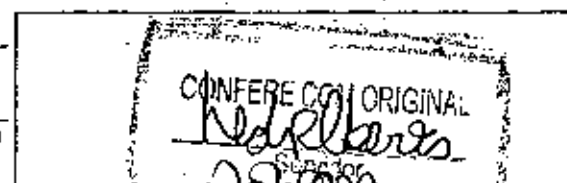
48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 28 ORT

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

HDSF

MATRICULA

979929

DATA

09/09/2016

HORA

8:56

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE

ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA

NACIONALIDADE

BRASILEIRA

ESCOLARIDADE

ENSINO MEDIO COMPLETO

NOME DA MÃE

ELIA ALMEIDA DE LIMA

CPF

051.043.854-77

ENDEREÇO

RUA ITABAIANA 2015

BAIRRO

IGAPO

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

DATA DE NASCIMENTO

08/12/1983

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO

RG

002.010.359

ORG EXP.

IDADE

33

RELIGIÃO

CATOLICA

PROFISSÃO

AUX DE PRODUCAO

NOME DO PAI

BALTAZAR LOPES DELIMA

UF

RN

CARTÃO DO SUS

702 6027 6538 3468

COMPLEMENTO

UF

RN

PARENTESCO

MASCULINO

MASCULINO

FEMININO

RACIA/COR

PARDA

TELEFONE

84 36147828

CEP

59104-120

TELEFONE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DESCRIÇÃO DO

DOENÇAS PREEEXISTENTES

ALERGIAS

PESO: ALTURA: SSVV: FC: PR: P: SOZ: PA: GLICEMIA:

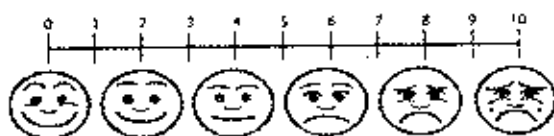
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR.



PRIORIDADE

() AZUL () VERDE () AMARELO () LARANJA () VERMELHO

ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- ☐ SALA VERMELHA
- ☐ URGÊNCIA
- ☐ ORTOPEDIA
- ☐ CONSULTA MÉDICA
- ☐ BUCOMAXILO
- ☐ PEQUENA CIRURGIA
- ☐ ACIDENTE DE TRABALHO
- ☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
- ☐ QUEDA
- ☐ OUTROS

Abertura Ocular	Espondores	4
	A ver	3
	A dor	2
Resposta Verbal	Nenhuma	1
	Orientada	3
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
Resposta Motora	Nenhuma	1
	Pede comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

HISTÓRIA CLÍNICA

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGEM

pedelberto
20/09/16

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES

☐ LABORATORIAL☐ RADIOLOGICO☐ ECO☐ TOMOGRAFIA☐ USG☐ OUTROS

CONDLTA MEDICA PARA REGULACAO NA REDE DE ATENCAO - MR

☐ CLINICA MEDICA☐ CLINICA PSIQUIATRICA☐ CLINICA ORTOPEDICA☐ PEDIATRIA/NEO☐ CLINICA OBSTETRICA☐ CLINICA GERAL☐ UTI☐ OUTROS

DIAGNOSTICO

CONDUTA / PRESCRICAO MEDICA

ABERTURA DE HORARIO / CHECK-UP

Interferir no plano

Dr. Elmar M. Barros
Ortopedista - Traumatologia
CRM 283

EVOLUCAO DE ENFERMAGEM

☐ ALTA	☐ GASTO	☐ EXASO	☐ SUGERIDO INTERAMENTE NO SERVIÇO DE
☐ SUSO	☐ TITE	☐ SEGURO	



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		145293
DATA	HORA	CATEGORIA
09/09/2016	9:42	GIH
PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO	
ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA	08/12/1983	
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	
SOLTEIRO	AUX. DE PRODUÇÃO	
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
RUA - ITABAIANA Nº 2015		
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF
NATAL	IGAPO	RN
CEP	TELEFONE	
59104120		
LOCAL DE TRABALHO		
FILIAÇÃO		
ELIA ALMEIDA DE LIMA	BALTAZAR LOPES DE LIMA	
RESPONSÁVEL	TELEFONE	
A GENITORA	36147828	
ENDEREÇO		
O MESMO		
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		
DATA DE ADMISSÃO	ALTA	CÓDIGO

HISTÓRIA CLÍNICA

CONFERE COM ORIGINAL

Hedelberto
2075138
Servidor



Hospital

Nº protocolo

Nome do paciente

A. 228 Luiz A. de Lima

Data operação

19.03.16

Enf.

Leito

Operador

Dr. Jesus

1º auxiliar

Dr. Fábio Ferreira

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesia

Dr. Thiago

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de clavícula D.

Tipo de operação

Tratamento cirúrgico fratura clavícula D.

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vicinas

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raque duro, drg, bloquo MS.
- 2) Abg 1510 - cut. 50310 - 703
- 3) Incisão em forma clavícula D.
- 4) Redução cirúrgica fratura clavícula D.
- 5) Fix. cl. st. 40 u 25, intramedular.
- 6) Lavagem mecânica cl. st. a 0.9%
- 7) Sutura cl. plavus
- 8) Curativo

Dr. Fábio Ferreira
MEDICO

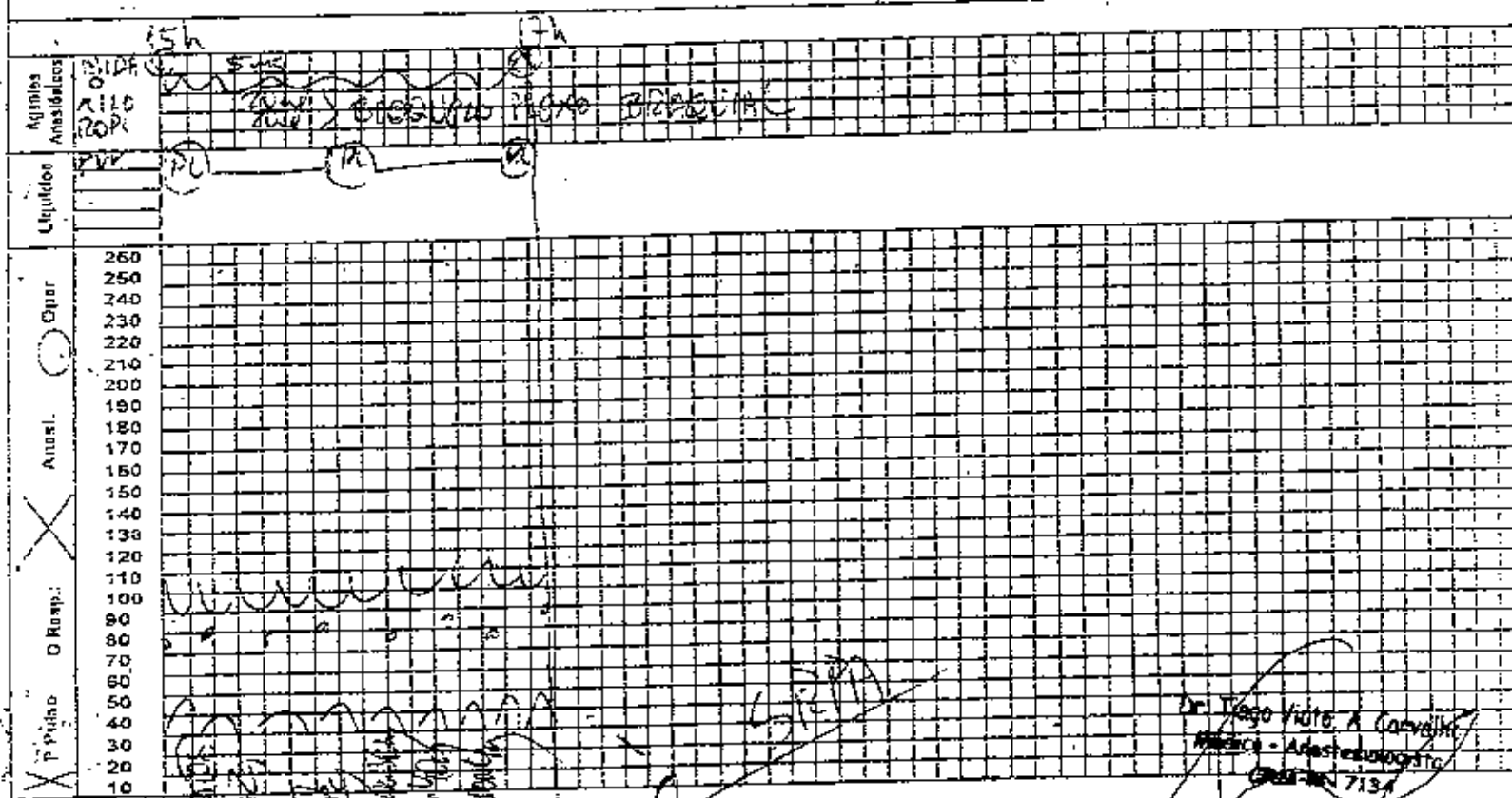
COPIA PARA O ORIGINAL

Fábio Ferreira

20/03/16

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	Deoclecio Marques			Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome	Andre Luiz A. Lima			Idade	Sexo	Cor	
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros	
13/02/16							
Tipos sanguíneos	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia		
	Urina				Asma	Bronquite	
Ap. respiratório					Eletrocardiograma		
Ap. circulatório							
Ap. digestivo	Dentes	Pescoço	Ap. urinário				
Estado mental	Ataxia	Corticoides	Alergia		Hipertensão		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura Clavícula (D)				Estado físico		Risco
Anestésias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito		



SÍMBOLOS	E
ANOTAÇÕES	Ap. respiratório, Ap. circulatório, Ap. digestivo, Estado mental, Diagnóstico pré-operatório, Anestésias anteriores, Medicação pré-anestésica
POSICÃO	DDH
Agentes	KIOCAINE + PROPOVAINE
Técnica	BLOQUEIO PLEXO BRACHIAL
Operação	CRISTALINOS CLAVICULA (D)
Cirurgiões	ZEALMIR / FABIO
Anestesiista	TIAGO CARVALHO
Observações	SEM INTERFERÊNCIAS
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias	

Perda sanguínea



HOSPITAL REGIONAL DE CLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA Idade: 22 D/N: 08/12/23
Pront.: 105343 Município: NATAL Procedência: ☒ Interno ☐ Externo
Data da cirurgia: 08/12/23 Hora Admissão: Bloco: 02 Sala: 01 Hora Saída: 14:00 Peso: 52,2
Alergias: ☒ Não ☐ Sim Comorbidades: ☐ HAS ☐ DM ☐ Outras
Uso de medicações: ☒ Não ☐ Sim Jejum: ☐ Não ☒ Sim
SSVV Admissão: PA: 120/80 mmHg Pulso: 120 bpm FI: 12 rpm FC: 120 bpm SpO₂: 98 % T: 36,5 °C

Enfermeiro(a): ELIANE Instrumentado(a): CRISTINA Circulante: DIANA + SAYONARA

Cirurgia: TRICOTOMIA DE CLAVÍCULA DIREITA Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 01
Hora Início: 15:33 Hora Término: 17:00 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva ☐ Urgência ☒ Limpa ☐ Contaminada ☐ Infectada
1º Cirurgião: DR. JOSEAN Aux.: DR. FABIO F. Residente: ---

Anestesia: ☐ Local ☒ Sedação ☐ Geral TOT: ☒ Bloqueio ☐ Raquidiana Ag.nº --- ☐ Peridural ☐ c/cateter ☐ s/cateter
Ag.nº --- Cateter nº: --- Início: 15:15 Garrote: ☐ Smarch ☐ Pneumático Início: --- Término: ---
Anestesiologista: DR. TÁGIO VILÇA

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
☒ Consciente	☐ Normocorada	☒ Normotenso	☒ Jélico <u>---</u>	☒ ECG
☐ Letárgico	☒ Hipocorada	☐ Hipotensão	☐ Acesso V. Central	☒ Oximetria
☐ Coma	☐ Cianótica	☐ Hipertensão	☐ Cat. Diálise	☐ Capnógrafo
☒ Orientado	☐ Ictérica	☐ Hipertensão	☐ Fístula	☒ PA
☐ Desorientado	☐ Desidratada	☐ Normocárdico	☐ Arteriovenosa	☐ Estimul. Nervoso
☐ Sedado	☐ Íntegra	☒ Bradicardia	☐ SNG	☐ Diprífusor
☒ Ansioso	☒ C/lesões	☒ Taquicardia	☐ SVD	☐ BIC
☐ Deambula	☐ Sudorese	☐ Choque	☐ Colostomia	☐ Desfibrilador
☒ t/dificuldade	☐ Cicatriz cirúrgica	☐ Normoesfígmico	☐ Cistostomia	
☐ Acamado	☒ Higiene Satisfatória	☒ Eupnéia	☐ Dreno:	
☐ Paraplégico	☐ Higiene deficiente	☐ Dispneia	☐ Aparelho gessado	
☐ Tetraplégico	☐ Manchas	☐ Dispositivo O ₂	☐ Tração	
☐ Amputações	☐ S/Tricotomia		☐ Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>120</u>	<u>112</u>	<u>100</u>	Bpm
Pulso	<u>112</u>	<u>112</u>	<u>100</u>	Bpm
Oximetria	<u>98</u>	<u>97</u>	<u>98</u>	%
Capnografia	<u>---</u>	<u>---</u>	<u>---</u>	%
PA	<u>120/80</u>	<u>112/72</u>	<u>100/72</u>	mmHg

ACESSO VENOSO
☐ Punção Arterial
☐ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central
☐ Dissecção venosa

Local: ---
Cateter: ---

SONDAGEM GÁSTRICA
☐ SNG nº <u>---</u>
Retorno: <u>---</u>

CATETERISMO VESICAL
☐ SVF nº <u>---</u>
☐ SVA nº <u>---</u>

Diurese: ---
Profissional responsável: ---

EXAMES SOLICITADOS:	
☐ Hemograma	☐ Gasometria
☐ Coagulograma	☐ Outros
☐ Tipagem Sanguinea	☐ Glicosimetria
☐ Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
☒ Dorsal	☐ Cabeça	☐ Anatômicos
☐ Ventral	☐ Pescoço	☒ Abduzidos
☐ Lateral	☐ Tórax	☐ Fletidos
☐ Litotômica	☐ Lombar	☐ MMII
☐ Trendleburg		☒ Anatômicos
☐ Canivete		☐ Abduzidos
☐ Proclive		☐ Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
☒ Sim ☐ Não ☒ Metal ☐ Descartável

Local: ESCALA 059

DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
☒ Sim ☐ Não	☐ Sim ☒ Não

Local: CLAVÍCULA Solução: CLOROXIDINE Local: ---

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u>---</u>
Teia: <u>---</u>
Cateter: <u>---</u>
Ostomia: <u>---</u>
Fio de KC: <u>0172020</u>
Placa - Tipo: <u>---</u>
Outros: <u>---</u>

Parafuso - tipo: ---
Quant. Material: ---

Val.: 25.09.16 Contagem de gaze e compressa: ☒ Não ☐ Sim

Assinatura: ---

Assinatura: ---

Assinatura: ---

Assinatura: ---



PRESCRIÇÃO MÉDICA- TRAUMATOLOGIA

LEITO 29

PACIENTE: ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA

DATA: 20.09.2016

IDADE:

1	DIETA LIVRE	SND
2	JELCO HEPARINIZADO	ATENÇÃO
3	KEFAZOL 1G - 1AMP + ABD EV 8/8HS	06 14 22
4	SF 0,9% 1000ML EV 24HS	500 500
5	TRAMAL 100MG - 1AMP + 100 SF 0,9% EV 12/12HS	12 24
6	DIPIRONA 01AMP IV 6/6HS	06 12 18 24
7	PLASIL - 1AMP + ABD EV 12/12HS	(06) (18)
8	CURATIVO DIÁRIO	ATENÇÃO
9	SSVV + CCGG	ATENÇÃO
10		
11		
12		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DIAGNOSTICO:

QUEIXAS

NEUROVASCULAR EM MEMBRO AFETADO: () SEM ANORMALIDADES OBS:

PRESENÇA DE FERIDA () NÃO () SIM ASPECTO:

IMOBILIZAÇÃO: QUAL?

TROCAR? SIM () NÃO ()

SOLICITO RADIOGRAFIA:

SOLICITO OUTROS EXAMES:

CONFERE COM ORIGINAL
09/09/16
005838

10/09/16 Fx de Ombreira S/ intermedios
10/09/16 Trauma Ombreira
= 10/09/16
Alth Hopper 10/09/16

INSTITUTO DE ORTOPEDIA NATAL
Rua São Domingos, 331, Igapó,
CEP: 59104-110 NATAL/RN

PARA Sr(a): ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA

R//

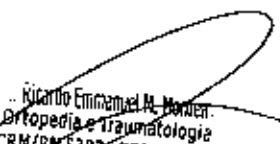
FISIOTERAPIA 10 SESSÕES

- () ANALGESIA
- () DISTRAÇÃO
- () ADM : PASSIVO () / ATIVO ()
- () REFORÇO MUSCULAR
- () TREINO DE MARCHA
- () CINESIOTERAPIA
- () REABILITAÇÃO FUNCIONAL
- () HIDROTERAPIA

I.C.

FRATURA DE CLAVÍCULA

LESÃO DO JOELHO


Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5387 - TEOT 12425

23/01/2018 Dr. RICARDO EMMANUEL M. MONTEIRO - CRM 5387

INSTITUTO DE ORTOPEDIA NATAL
Rua São Domingos, 331, Igapó,
CEP: 59104-110 NATAL/RN

PARA Sr(a): ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA

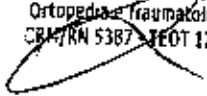
R//

FISIOTERAPIA 10 SESSÕES

- ☐) ANALGESIA
- ☐) DISTRAÇÃO
- ☐) ADM : PASSIVO () / ATIVO ()
- ☐) REFORÇO MUSCULAR
- ☐) TREINO DE MARCHA
- ☐) CINESIOTERAPIA
- ☐) REABILITAÇÃO FUNCIONAL
- ☐) HIDROTERAPIA

I.C.
FRATURA DE CLAVÍCULA
LESÃO DO JOELHO

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5387 - RCDT 12425



23/01/2018 Dr. RICARDO EMMANUEL M. MONTEIRO - CRM 5387

INSTITUTO DE ORTOPEDIA NATAL
Rua São Domingos, 331, Igapô,
CEP: 59104-110 NATAL/RN

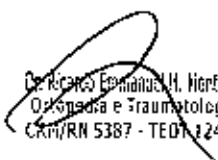
PARA Sr(a): ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA

R//

FISIOTERAPIA ----- 10 SESSÕES

I.C. FRAT CLAVÍCULA

OBS. ANALGESIA. ALONGAMENTO OMBRO E REFORÇO
MANGUITO



Dr. Ricardo Emanoel M. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5387 - TEOD 12425

06/06/2017 Dr. RICARDO EMMANUEL M. MONTEIRO - CRM 5387

INSTITUTO DE ORTOPEDIA NATAL
Rua São Domingos, 331, Igapó,
CEP: 59104-110 NATAL/RN

Sr(a). ØP
PARA Sr(a).: ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA

R//

FISIOTERAPIA JOELHO 10 SESSÕES

I.C. INSTABILIDADE MULTIDIRECIONAL

OBS. ALONGAMENTO JOELHOS E PANTURRILHAS.
REFORÇO QUADRICEPS E FLEXORES COM EXERCÍCIOS
ISOMETRICOS

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5387 - RCB 12425

13/12/2016 **Dr. RICARDO EMMANUEL M. MONTEIRO - CRM 5387**

PARA Sr(a): ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA

R//

FISIOTERAPIA JOELHO 10 SESSÕES

I.C. INSTABILIDADE MULTIDIRECIONAL

**OBS. ALONGAMENTO JOELHOS E PANTURRILHAS.
REFORÇO QUADRICEPS E FLEXORES COM EXERCÍCIOS
ISOMÉTRICOS**



Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 16718 - TEOT 12425

13/12/2016 **Dr. RICARDO EMMANUEL M. MONTEIRO - CRM 5387**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA NATAL
Rua São Domingos, 331, Igapó,
CEP: 59104-110 NATAL/RN

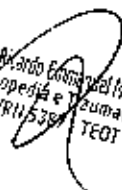
Sr(a). ØP
PARA Sr(a).: ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA

R//

FISIOTERAPIA JOELHO 10 SESSÕES

I.C. INSTABILIDADE MULTIDIRECIONAL

OBS. ALONGAMENTO JOELHOS E PANTURRILHAS.
REFORÇO QUADRICEPS E FLEXORES COM EXERCICIOS
ISOMETRICOS


Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5387 TEOT 12425

13/12/2016 **Dr. RICARDO EMMANUEL M. MONTEIRO - CRM 5387**

INSTITUTO DE ORTOPEdia NATAL
Rua São Domingos, 331, Igapó,
CEP: 59104-110 NATAL/RN

Sr(a). OP
PARA Sr(a): ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA

R//

FISIOTERAPIA ----- 10 SESSÕES

I.C. FRAT CLAVÍCULA

OBS. ANALGESIA, ALONGAMENTO OMBRO E REFORÇO
MANGUITO



Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5387 - TEOT 12425

18/10/2016 Dr. RICARDO EMMANUEL M. MONTEIRO - CRM 5387

INSTITUTO DE ORTOPEDIA NATAL
Rua São Domingos, 331, Igapó,
CEP: 59104-110 NATAL/RN

Sr(a). OP
PARA Sr(a): ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA

R//

FISIOTERAPIA 10 SESSÕES

- ☒ ANALGESIA
- ☐ DISTRAÇÃO
- ☒ ADM : PASSIVO () / ATIVO ()
- ☐ REFORÇO MUSCULAR
- ☐ TREINO DE MARCHA
- ☐ CINESIOTERAPIA
- ☒ REABILITAÇÃO FUNCIONAL
- ☐ HIDROTERAPIA

I.C. FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA
LESAO MULTILIGAMENTAR DE JOELHO DIREITO



Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5387 - TETO 12925

10/01/2017 Dr. RICARDO EMMANUEL M. MONTEIRO - CRM 5387

INSTITUTO DE ORTOPEDIA NATAL
Rua São Domingos, 331, Igapó,
CEP: 59104-110 NATAL/RN

Sr(a). OP
PARA Sr(a).: ANDRÉ LUIZ ALMEIDA DE LIMA

R//

FISIOTERAPIA 10 SESSÕES

- ☒ ANALGESIA
- ☐ DISTRAÇÃO
- ☒ ADM : PASSIVO () / ATIVO ()
- ☐ REFORÇO MUSCULAR
- ☐ TREINO DE MARCHA
- ☐ CINESIOTERAPIA
- ☒ REABILITAÇÃO FUNCIONAL
- ☐ HIDROTERAPIA

I.C. FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA
LESAO MULTILIGAMENTAR DE JOELHO DIREITO

Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5387 - FOT 12025

10/01/2017 Dr. RICARDO EMMANUEL M. MONTEIRO - CRM 5387

INSTITUTO DE ORTOPEDIA NATAL
Rua São Domingos, 331, Igapó,
CEP: 59104-110 NATAL/RN

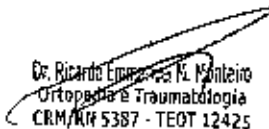
PARA Sr(a): ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA

R//

FISIOTERAPIA 10 SESSÕES

- () ANALGESIA
- () DISTRAÇÃO
- () ADM. PASSIVO () / ATIVO ()
- () REFORÇO MUSCULAR
- () TREINO DE MARCHA
- () CINESIOTERAPIA
- () REABILITAÇÃO FUNCIONAL
- () HIDROTERAPIA

I.C. FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA
LESAO MULTILIGAMENTAR DE JOELHO DIREITO


Dr. Ricardo Emanoel M. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5387 - TEOT 12425

07/03/2017 **Dr. RICARDO EMMANUEL M. MONTEIRO - CRM 5387**

INSTITUTO DE ORTOPEDIA NATAL
Rua São Domingos, 331, Igapó,
CEP: 59104-110 NATAL/RN

PARA Sr(a): ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA

R//

FISIOTERAPIA 10 SESSÕES

- () ANALGESIA
- () DISTRAÇÃO
- () ADM: PASSIVO () / ATIVO ()
- () REFORÇO MUSCULAR
- () TREINO DE MARCHA
- () CINESIOTERAPIA
- () REABILITAÇÃO FUNCIONAL
- () HIDROTERAPIA

I.C. FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA
LESÃO MULTILIGAMENTAR DE JOELHO DIREITO

Dr. Ricardo Emanoel M. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5387 - TEOT 12425

07/03/2017 Dr. RICARDO EMMANUEL M. MONTEIRO - CRM 5387

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



Prefeitura Municipal do Natal
Secretaria Municipal de Tributação
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
Nota Natalense

Nº da Nota: 0000000099
Competência: JUL/2017
Data Prestação Serviço: 26/07/2017
Nº da Nota Substituída:

Data/Hora de Emissão: 26/07/2017 às 10:28:12

Código de Verificação: 033890795

Prestador de Serviços

CNPJ: 15.061.980/0001-00 Inscrição Municipal: 195.887-9
Razão Social: CLINICA FERNANDO LIRA EIRELI
Endereço: R FRANCISCO MACENA, 2028, Igapo, 59104-150
Município: NATAL UF: RN
Telefone: (84) 9903-1000 E-mail:

Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA

CPF/CNPJ: 051.043.854-77

Inscrição Municipal: Comprovante de despesas médicas

Endereço: ITABAIANA, 2015, IGAPO, 59104-120

Município: NATAL

UF: RN

Telefone: 8406-1478

E-mail:

Serviços

4.03 - HÓSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS

Item	Descrição	Quant.	Vir. Unitário	Valor Total
1	SESSÕES DE FISIOTERAPIA PARA TRATAMENTO DE LESÕES DE OMBRO DIREITO E JOELHO DIREITO.	105,0000	30,00	3.150,00

Valor Total da NFS-e R\$: 3.150,00

Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)

Outras Informações

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo SIMPLES NACIONAL. Não gera direito a crédito fiscal de IPI.



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

BOLETIM DE OC

BOAT

92817

Boletim de ocorrência



10

1 - LOCALIDADE

Local PONTE NEWTON NAVARRO Bairro PETINHA
Cidade/UF NATAL - RN P. Ref. SEBEC A PONTE
Data 03/09/2016 Hora do acidente 19:30 Hora da registro 19:00 Dia da semana SABADO

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☒ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☒ - Choque

RECEBIDO

18 JUN 2016

Seguradora Líder DPVAT

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi KDY-5459 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. FIAT SIENA Cor PRETA Ano 2004/2005
Proprietário IVANEU PEREIRA DE LIMA Nº de Ocupantes 01
Condutor LEANDRO OLIVEIRA SANTANA Data de Nasc. 30/09/1954
Endereço R. PINTO DANIEL Nº 302 Fone 98883-6821
Bairro LAZARINA Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 073.995.664-47 CNH Nº 06452010537 Validade 01/09/2016 Categoria "B"
Local de Trabalho PETINHAS Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi M21-7662 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA CB 150 TITAN Cor PRETA Ano 2009/2009
Proprietário ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA Nº de Ocupantes 01
Condutor P. MEISMO Data de Nasc. 08/12/1985
Endereço R. TABAIA Nº 2015 Fone 3514-7828
Bairro LAZARINA Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 061.043.854-77 CNH Nº 04901445372 Validade 04/06/2019 Categoria "AB"
Local de Trabalho TURBINA DO NORTE Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

8º OFÍCIO - NATAL/RN.
Autenticação no verso

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi M2A-1552 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. VW GOL Cor PRATA Ano 2008/2008
Proprietário CEBORA NETO DE MEDEIROS Nº de Ocupantes 01
Condutor A. MEISMA Data de Nasc. 01/11/1981
Endereço R. SERPA DOS CARLOS Nº 1153 Fone 99464-5403
Bairro LAZARINA Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 054.104.864-02 CNH Nº 04294442928 Validade 11/09/2017 Categoria "AB"
Local de Trabalho SELU 1º DO COMERCIO DE PROD. M. HOSE Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi UNV-6770 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. TOYOTA COROLA Cor PRATA Ano 2004/2010
Proprietário CARLOS ALBERTO BARBOSA Nº de Ocupantes 02
Condutor CARLAINE SOUSA BARBOSA Data de Nasc. 27/04/1940
Endereço R. ANSELMO SOARES VIANECLEY Nº 1856 Fone 98809-5324
Bairro CARIM MACIO Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 086.1492-184-58 CNH Nº 0463615240 Validade 29/02/2019 Categoria "B"
Local de Trabalho ESTUDANTE Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE

Rua São Vicente de Paulo, 42 - Jardim - Natal/RN - CEP: 59.000-000

Telefone: (84) 3214-6811

AUTENTICAÇÃO: Confira o e-mail e a senha conforme existente no meio eletrônico.

<https://nau.unjpb.com.br/consul> CPF: 066.043.884.77; E-MAIL: 228171 Contato em:

<https://nau.unjpb.com.br/consul> - Natal/RN, 11 de Junho de 2019 - 14:06:17.

ENCARGOS: 1.00 - 1522 N. 0.00.

FEI 197.270 - 1522 N. 0.00.

TOTAL R\$ 19,88 - Agente Major



[Handwritten signature]



7. VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? PONTE NEWTON NAVARRO

Em que sentido? REDINHA - PRAIA DO FORTE Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor INFORMA QUE TRAF. NORMALMENTE FOI QUANDO O VEÍCULO ACABOU FAZENDO COM QUE V1 PARASSE E EM SEQUIDA SE SENTIU UM IMPACTO CAUSADO POR V2.

Assinatura do Condutor do V1 [Assinatura]

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? PONTE NEWTON NAVARRO

Em que sentido? REDINHA - PRAIA DO FORTE Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor INFORMA QUE TRAF. NORMALMENTE NÃO INTERFERIU DESVIAR DE UM VEÍCULO QUE ESTAVA PARADO NA DIREITA DA VIA SE CHOCANDO NA PARTE TRÁS DE V1, EM SEQUIDA VINDO AO SOLO.

Assinatura do Condutor do V2 [Assinatura]

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava? PONTE NEWTON NAVARRO

Em que sentido? REDINHA PRAIA DO FORTE Em que faixa? ESQ.

Versão do condutor INFORMA QUE TRAF. NORMALMENTE V2 TRAF. DO SEU LADO DIREITO. V2 SE CHOCOU EM V1 QUE ESTAVA PARADO NA DIREITA DA VIA E VINDO A CAIR SENDO PROJETADO P/ A FRENTE DE V3 FAZENDO COM QUE V3 FREIASSE SENDO COLHIDO POR V4 POTENCIALMENTE.

Assinatura do Condutor do V3 [Assinatura]

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava? PONTE NEWTON NAVARRO

Em que sentido? REDINHA - PRAIA DO FORTE Em que faixa? ESQ.

Versão do condutor INFORMA QUE TRAF. NORMALMENTE V3 TRAF. A SUA PAROU, V4 AVDA TENTOU FUGIR P/ A DIREITA MAS V2 JÁ ESTAVA CAÍDO NA SUA DIREITA, V4 FREIOU MAS NÃO CONSEGUIU EVITAR A COLISÃO.

Assinatura do Condutor do V4 [Assinatura]



NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE ENGAPO
Praça São Vicente de Paulo nº 42 - Igará - Natal/RN - CEP. 59.104-100
Tel: (084) 3214-0810

AUTENTICAÇÃO: Conferida e aceita conforme existente no meio eletrônico:
<https://mer.ufpb.br/boletim/consulta/> (CPF: 061.443.854-77; E-OUT: 82817) Confira em:
<https://selodigital.trn.jus.br> - Selo Digital: RN201900843910021423BJU
Op. 02 Natal/RN, 11 de junho de 2019 - 14:06:17
E-OUT: 82817, ISSN: 05 025
FOLHA 02 DE 02 FORÇA DE 02
TOTAL DE 13,88 Alberto Wagner Magalhães de Menezes



8. CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tipo	Tipo da Pista	Carnet/Pista	Cond./Pista	Sinalização
☐ Amarelado	☒ Bom	☒ Asfalto	☒ Reto	☒ Seca	☐ Inexistente
☒ Preto Dia	☐ Nublado	☐ Paralelepípedo	☐ Curvo	☐ Molhada	☐ Do Agente de Trânsito
☐ Amarelado	☐ Chuva	☐ Concreto	☐ Active Imprime	☐ Intondada	☐ Do Semáforo
☐ Noite e/ Iluminação	☐ Nebulosa	☐ Cascalho	☒ Active Surtir	☐ Fugas D'Água	☐ Faixa de Pedestre
☐ Noite e/ Iluminação	☐ Outras	☐ Terra	☐ Declive Imprime	☐ Olhada	☒ Linha <u>DISCONTINUA</u>
☐ Iluminação Deficiente		☐ Outras	☐ Declive Surtir	☐ Entalando	☐ Placa(s)
			☐ Localizada	☐ Em Obras	☐ Luminária eletrônica
			☐ Cruzamento	☐ Com Buraco	☐ Vel. Máx. Perm. <u>KM/H</u>
			☐ Rotatório	☐ Com Areia	
			☐ Retorno		
			☐ Entroncamento		
			☐ Bifurcação		

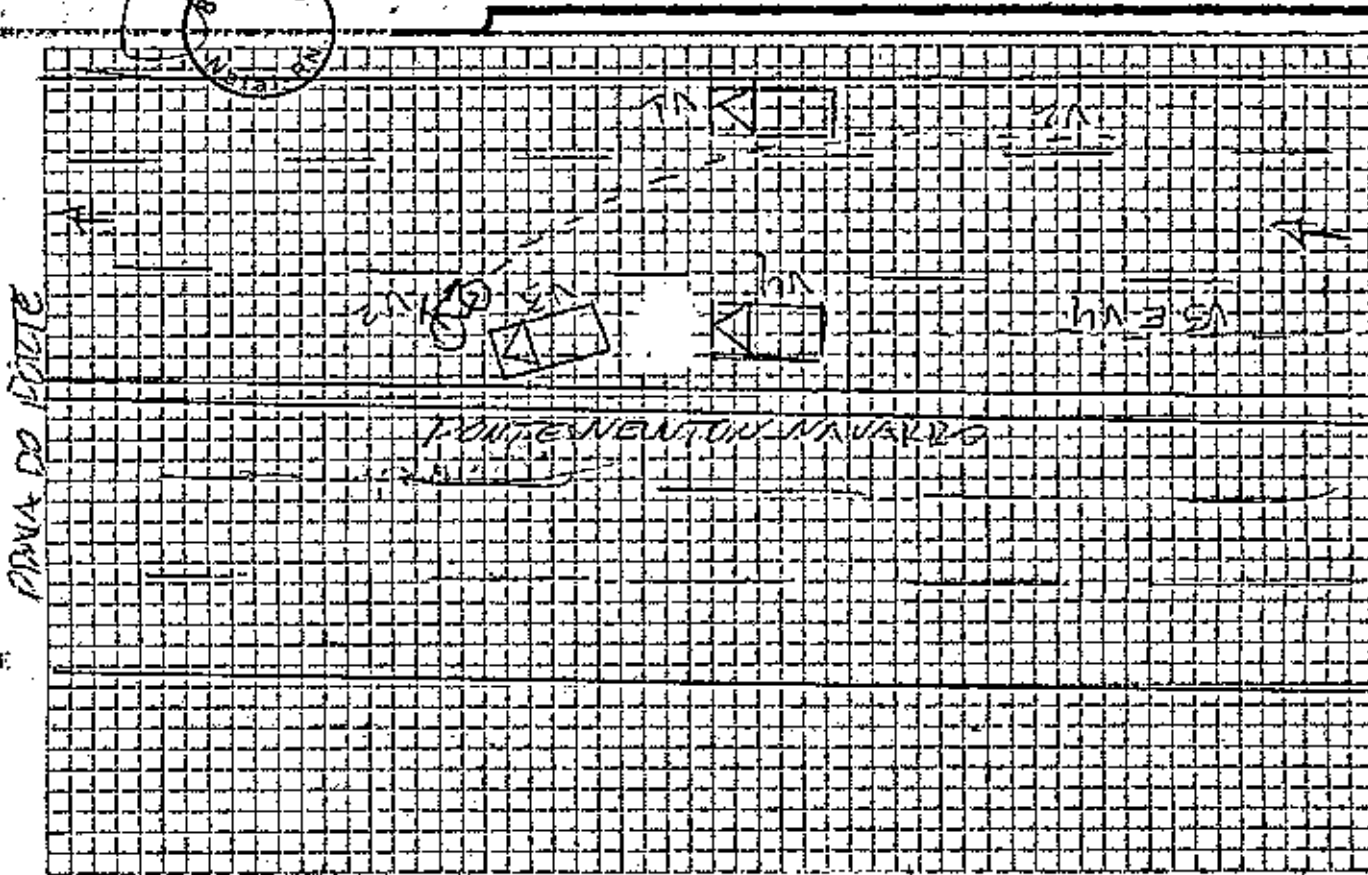
NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE IGAPÓ
Praça São Vicente de Paulo, nº 42 - Igapó - Natal/RN - CEP: 59.104-110
Tel.: (84) 3214-4810

AUTENTICAÇÃO: Conferida e emitida conforme existente no meio eletrônico:
<https://mar.jus.br/consultar>, (CPF: 161.043.854-77; EDAI: 92817). Confira em:
<https://selodigital.jus.br> - Selo Digital: RN201900943910021423BJU.

De: 03. Natal/RN, 11 de junho de 2019 - 14:28:17.
Em: R\$7,05, ISSQN R\$ 0,31
FOL R\$7,82 FORCEN R\$2,62
TOTAL R\$ 12,89 - Atende Magist. Inf. de Nat. e Jus. Jus. Jus.



- ÁRVORE
- VESTÍGIOS
- SEMÁFORO
- PEDESTRE
- BICICLETA OU MOTO
- CARRO DE PEQUENO PORTE
- CAMINHÃO OU ÔNIBUS
- CARRETA



10. AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

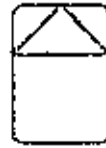
AVARIAS DO VEÍCULO 1

PARACHORUE TRAS, LANT. TRAS, ESQ.
LAT. ESQ. E PNEU. C/ RODA TRAS.
ESQ.



AVARIAS DO VEÍCULO 2

PARACHORUE TRAS, LANT. TRAS, ESQ.
LAT. ESQ. E PNEU. C/ RODA TRAS.
ESQ.



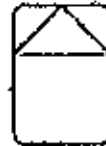
AVARIAS DO VEÍCULO 3

PARACHORUE TRAS, C/ PAINEL LANT.
TRAS, ESQ., LAT. ESQ. E PNEU. C/ RODA TRAS.
ESQ.



AVARIAS DO VEÍCULO 4

PARACHORUE TRAS, C/ PAINEL LANT.
TRAS, ESQ., LAT. ESQ. E PNEU. C/ RODA TRAS.
ESQ.



11 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido por: JOVIS SAPIRNU Presenciar: ☐ Foto ☐ Registro
 Nome ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA
 RG N° 2010354 Órgão Expedidor SSP-RN Data de Nascimento 08/11/1983
 Endereço R. STARAINA N° 2015 Fone 3614-7828
 Bairro IGARU Cidade NATAL UF RN
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido por: _____ Presenciar: ☐ Foto ☐ Registro
 Nome _____
 RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido por: _____ Presenciar: ☐ Foto ☐ Registro
 Nome _____
 RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido por: _____ Presenciar: ☐ Foto ☐ Registro
 Nome _____
 RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome BANU RG N° _____ Órgão Exp. _____
 Endereço _____ N° _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☒ NÃO ATRIBUIÇÃO ☐ SIM ☒ NÃO ATRIBUIÇÃO COD:DESD

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

NÃO CONSTA ASSINATURA DO CONDUTOR DE VEÍCULO O MESMO ENCONTRA-SE IMOBILIZADO.

NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE IGARU
 Praça São Vicente de Paula, nº 42 - Igapo - Natal/RN - CEP: 57.015-180 (51) 3214-6610
 AUTENTICAÇÃO: Conferida e achada conforme, existente no meio eletrônico:
<https://mefi.unifpb.br/consultar/> (CPF: 067.043.854-77; ECIAT: 928171) Confira em:
<https://elodigital.jm.jus.br> - Selo Digital RN201800843910021423BJU
 Op. 02 Natal/RN, 11 de Junho de 2019, 14:06:17.
 EMI: P11.05.1550N.05.025.
 FID: 03.FIDCPN.03.63
 TOTAL P3: 13.69 Alberto Vagner Mota de Aguiar (9.000.000)

Nome Completo do Agente FRANISCO DE ASSIS SANTOS
 POSTO/GRAD.: CB PM N° 92.619 Vítima 110 Subunidade: 1º DPPE
 Local e Data NATAL 03 de SETEMBRO 2016 CB AGIS SANTOS
 Assinatura do Agente de Trânsito

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



OAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

051.043.854-77

ANDRÉ LUIZ ALMEIDA DE LIMA

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

Nome completo:

ANDRÉ LUIZ ALMEIDA DE LIMA

CPF:

051.043.854-77

Profissão:

AUXILIAR DE PROXA

Endereço:

RUA: TABAJANA

Número:

2015

Complemento:

ATACADÃO

Bairro:

CONTIGABO

Cidade:

NATAL

Estado:

RN

CEP:

59.104-120

E-mail:

ANDRE.DEE000@HOTMAIL.COM

Tel. (DDD):

3614-7828/9888-5370

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2010

03

CONTA:

00146677

3

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

Autorização de pagamento



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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CNJ) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não é obrigatória

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

André Luiz de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoratider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, * nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificada por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

CAIXA

POUPANÇA



6277 3014 8701 9402

VALIDO ATÉ

2010 013 00146677-3 11/20

ANDRE LUIZ ALMEIDA LIMA

elo

MEMBRO DO LIVRETORES CAIXA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0216487/19

Vítima: ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA

CPF: 051.043.854-77

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 03/04/2016

Titular do CPF: ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA : 051.043.854-77

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/06/2019
Nome: ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA
CPF: 051.043.854-77

ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA

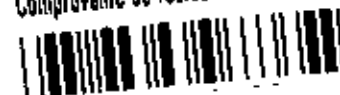
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/06/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, ANDRÉ LUIZ ALMEIDA DE LIMA

RG nº 002.010.359, data de expedição 29/08/2006

Órgão ITEP, CPF nº 051.043.854-77

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/Prça)	<u>RUA: ETABAIANA</u>
Número	<u>2015</u>
Apto/Complemento	<u>ATACADÃO</u>
Bairro	<u>CONJ. EGARÉ</u>
Cidade	<u>NATAL</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59.104-120</u>
Tel. de contato	<u>3614-7828 / 84 98888-5370</u>
E-mail	<u>ANDRE.DEDECOO@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: NATAL - RN 12/06/2019

André Luiz A. de Lima

Assinatura do Declarante

112

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 10815 // 00267 Nº **013413051929**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAM 00135113024 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME
ANDRÉ LUIZ ALMEIDA DE LIMA

OFF / CNPJ 051.043.854-77 PLACA MZI7662

PLACA ANT / UF MZI7662/RN CHASSI 9C2KC15109R013027

ESPÉCIE / USO PASSAGEIRO / MOTO / CICLETA / MOTO / CICLETA / MOTO / CICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN KB ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP / POT / CIL OCV/149 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
P	R\$ 0.00	29/08/2017	1º PAGO
V	FAIXA LÍVIA	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO
A	002807 3X	R\$ *****	3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT PAGO

OBSERVAÇÕES
ALÍEN. FID. EM FAVOR DE: 07.207.996/0001-50
BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S.A.
MOTOR: KC15E19013027

NATAL / RN DATA 29/08/2017

Edson de Sena da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN
EXPEDIDOR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº **013413051929** BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É 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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 29/08/2017

VIA 1 OFF / CNPJ 051.043.854-77 PLACA MZI7662

RENAVAM 00135113024 MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN KB

ANO FAB. 2009 CALIBRE 9 Nº CHASSI 9C2KC15109R013027

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DUT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0216487/19

Vítima: ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA

CPF: 051.043.854-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/04/2016

Titular do CPF: ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros



ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA : 051.043.854-77

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/06/2019
Nome: ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA
CPF: 051.043.854-77

ANDRE LUIZ ALMEIDA DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/06/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: ANDRÉ LUIZ ALMEIDA DE LIMA
Data do Acidente: 03/09/2016 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 051.043.854-77

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
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ 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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☒ 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 receituários 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)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ 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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (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):

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal
ANDRÉ LUIZ ALMEIDA DE LIMA CPF do portador: 051.043.854-77
E-mail: ANDRE-DEDEDO@HOTMAIL.COM Tel.: (84) 3614-7828 / 84-98888-5370
Data: 12/06/2019 Assinatura: André Luiz A. de Lima

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): RECEITA - AN - CORREIOS
Atendente: Agente de Correios - Ana Carolina Matrícula: 12
Data: Assinatura: Agente de Correios - Ana Carolina
P.R. 9.627.005-6