

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: 23/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 694,84

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02044

CONTA: 000000097279-4

Nr. da Autenticação 6F3C363C865D17E0



Companhia Energética de Rio Grande do Norte
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética de Rio Grande do Norte
 Rua Manoel, 15A, João Manoel - RN, CEP 59025-250
 CNPJ 08.324.184/0001-21 | E-mail: ENL 20055196-9 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

CPF 144.045.508-43
 ELABORAÇÃO

BI RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

PERÍODO	DATA	VALOR
02/05/2019	02/05/2019	115,41
03/05/2019	03/05/2019	
04/05/2019	04/05/2019	
05/05/2019	05/05/2019	
06/05/2019	06/05/2019	
07/05/2019	07/05/2019	
08/05/2019	08/05/2019	
09/05/2019	09/05/2019	
10/05/2019	10/05/2019	
11/05/2019	11/05/2019	
12/05/2019	12/05/2019	
13/05/2019	13/05/2019	
14/05/2019	14/05/2019	
15/05/2019	15/05/2019	
16/05/2019	16/05/2019	
17/05/2019	17/05/2019	
18/05/2019	18/05/2019	
19/05/2019	19/05/2019	
20/05/2019	20/05/2019	
21/05/2019	21/05/2019	
22/05/2019	22/05/2019	
23/05/2019	23/05/2019	
24/05/2019	24/05/2019	
25/05/2019	25/05/2019	
26/05/2019	26/05/2019	
27/05/2019	27/05/2019	
28/05/2019	28/05/2019	
29/05/2019	29/05/2019	
30/05/2019	30/05/2019	
31/05/2019	31/05/2019	
01/06/2019	01/06/2019	
02/06/2019	02/06/2019	
03/06/2019	03/06/2019	
04/06/2019	04/06/2019	
05/06/2019	05/06/2019	
06/06/2019	06/06/2019	
07/06/2019	07/06/2019	
08/06/2019	08/06/2019	
09/06/2019	09/06/2019	
10/06/2019	10/06/2019	
11/06/2019	11/06/2019	
12/06/2019	12/06/2019	
13/06/2019	13/06/2019	
14/06/2019	14/06/2019	
15/06/2019	15/06/2019	
16/06/2019	16/06/2019	
17/06/2019	17/06/2019	
18/06/2019	18/06/2019	
19/06/2019	19/06/2019	
20/06/2019	20/06/2019	
21/06/2019	21/06/2019	
22/06/2019	22/06/2019	
23/06/2019	23/06/2019	
24/06/2019	24/06/2019	
25/06/2019	25/06/2019	
26/06/2019	26/06/2019	
27/06/2019	27/06/2019	
28/06/2019	28/06/2019	
29/06/2019	29/06/2019	
30/06/2019	30/06/2019	
01/07/2019	01/07/2019	
02/07/2019	02/07/2019	
03/07/2019	03/07/2019	
04/07/2019	04/07/2019	
05/07/2019	05/07/2019	
06/07/2019	06/07/2019	
07/07/2019	07/07/2019	
08/07/2019	08/07/2019	
09/07/2019	09/07/2019	
10/07/2019	10/07/2019	
11/07/2019	11/07/2019	
12/07/2019	12/07/2019	
13/07/2019	13/07/2019	
14/07/2019	14/07/2019	
15/07/2019	15/07/2019	
16/07/2019	16/07/2019	
17/07/2019	17/07/2019	
18/07/2019	18/07/2019	
19/07/2019	19/07/2019	
20/07/2019	20/07/2019	
21/07/2019	21/07/2019	
22/07/2019	22/07/2019	
23/07/2019	23/07/2019	
24/07/2019	24/07/2019	
25/07/2019	25/07/2019	
26/07/2019	26/07/2019	
27/07/2019	27/07/2019	
28/07/2019	28/07/2019	
29/07/2019	29/07/2019	
30/07/2019	30/07/2019	
31/07/2019	31/07/2019	
01/08/2019	01/08/2019	
02/08/2019	02/08/2019	
03/08/2019	03/08/2019	
04/08/2019	04/08/2019	
05/08/2019	05/08/2019	
06/08/2019	06/08/2019	
07/08/2019	07/08/2019	
08/08/2019	08/08/2019	
09/08/2019	09/08/2019	
10/08/2019	10/08/2019	
11/08/2019	11/08/2019	
12/08/2019	12/08/2019	
13/08/2019	13/08/2019	
14/08/2019	14/08/2019	
15/08/2019	15/08/2019	
16/08/2019	16/08/2019	
17/08/2019	17/08/2019	
18/08/2019	18/08/2019	
19/08/2019	19/08/2019	
20/08/2019	20/08/2019	
21/08/2019	21/08/2019	
22/08/2019	22/08/2019	
23/08/2019	23/08/2019	
24/08/2019	24/08/2019	
25/08/2019	25/08/2019	
26/08/2019	26/08/2019	
27/08/2019	27/08/2019	
28/08/2019	28/08/2019	
29/08/2019	29/08/2019	
30/08/2019	30/08/2019	
31/08/2019	31/08/2019	
01/09/2019	01/09/2019	
02/09/2019	02/09/2019	
03/09/2019	03/09/2019	
04/09/2019	04/09/2019	
05/09/2019	05/09/2019	
06/09/2019	06/09/2019	
07/09/2019	07/09/2019	
08/09/2019	08/09/2019	
09/09/2019	09/09/2019	
10/09/2019	10/09/2019	
11/09/2019	11/09/2019	
12/09/2019	12/09/2019	
13/09/2019	13/09/2019	
14/09/2019	14/09/2019	
15/09/2019	15/09/2019	
16/09/2019	16/09/2019	
17/09/2019	17/09/2019	
18/09/2019	18/09/2019	
19/09/2019	19/09/2019	
20/09/2019	20/09/2019	
21/09/2019	21/09/2019	
22/09/2019	22/09/2019	
23/09/2019	23/09/2019	
24/09/2019	24/09/2019	
25/09/2019	25/09/2019	
26/09/2019	26/09/2019	
27/09/2019	27/09/2019	
28/09/2019	28/09/2019	
29/09/2019	29/09/2019	
30/09/2019	30/09/2019	
01/10/2019	01/10/2019	
02/10/2019	02/10/2019	
03/10/2019	03/10/2019	
04/10/2019	04/10/2019	
05/10/2019	05/10/2019	
06/10/2019	06/10/2019	
07/10/2019	07/10/2019	
08/10/2019	08/10/2019	
09/10/2019	09/10/2019	
10/10/2019	10/10/2019	
11/10/2019	11/10/2019	
12/10/2019	12/10/2019	
13/10/2019	13/10/2019	
14/10/2019	14/10/2019	
15/10/2019	15/10/2019	
16/10/2019	16/10/2019	
17/10/2019	17/10/2019	
18/10/2019	18/10/2019	
19/10/2019	19/10/2019	
20/10/2019	20/10/2019	
21/10/2019	21/10/2019	
22/10/2019	22/10/2019	
23/10/2019	23/10/2019	
24/10/2019	24/10/2019	
25/10/2019	25/10/2019	
26/10/2019	26/10/2019	
27/10/2019	27/10/2019	
28/10/2019	28/10/2019	
29/10/2019	29/10/2019	
30/10/2019	30/10/2019	
31/10/2019	31/10/2019	
01/11/2019	01/11/2019	
02/11/2019	02/11/2019	
03/11/2019	03/11/2019	
04/11/2019	04/11/2019	
05/11/2019	05/11/2019	
06/11/2019	06/11/2019	
07/11/2019	07/11/2019	
08/11/2019	08/11/2019	
09/11/2019	09/11/2019	
10/11/2019	10/11/2019	
11/11/2019	11/11/2019	
12/11/2019	12/11/2019	
13/11/2019	13/11/2019	
14/11/2019	14/11/2019	
15/11/2019	15/11/2019	
16/11/2019	16/11/2019	
17/11/2019	17/11/2019	
18/11/2019	18/11/2019	
19/11/2019	19/11/2019	
20/11/2019	20/11/2019	
21/11/2019	21/11/2019	
22/11/2019	22/11/2019	
23/11/2019	23/11/2019	
24/11/2019	24/11/2019	
25/11/2019	25/11/2019	
26/11/2019	26/11/2019	
27/11/2019	27/11/2019	
28/11/2019	28/11/2019	
29/11/2019	29/11/2019	
30/11/2019	30/11/2019	
01/12/2019	01/12/2019	
02/12/2019	02/12/2019	
03/12/2019	03/12/2019	
04/12/2019	04/12/2019	
05/12/2019	05/12/2019	
06/12/2019	06/12/2019	
07/12/2019	07/12/2019	
08/12/2019	08/12/2019	
09/12/2019	09/12/2019	
10/12/2019	10/12/2019	
11/12/2019	11/12/2019	
12/12/2019	12/12/2019	
13/12/2019	13/12/2019	
14/12/2019	14/12/2019	
15/12/2019	15/12/2019	
16/12/2019	16/12/2019	
17/12/2019	17/12/2019	
18/12/2019	18/12/2019	
19/12/2019	19/12/2019	
20/12/2019	20/12/2019	
21/12/2019	21/12/2019	
22/12/2019	22/12/2019	
23/12/2019	23/12/2019	
24/12/2019	24/12/2019	
25/12/2019	25/12/2019	
26/12/2019	26/12/2019	
27/12/2019	27/12/2019	
28/12/2019	28/12/2019	
29/12/2019	29/12/2019	
30/12/2019	30/12/2019	
31/12/2019	31/12/2019	

ENGENHO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA MANOEL LISBOA DE MOURA 08 LT-6

GUARAPES/ÁREA URBANA
 NATAL RN
 59074-841

7014869462 - 05/2019
 04/06/2019 27/06/2019
 115,41

Consumo Ativo (kWh)
 Anterior: 000000
 Corrente: 000000

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
157.000.000	0,81401073	12.769,16
		1,25
		11,61

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA						
Nº DO MÊS/ANO	Tipo de FATURAÇÃO	ANTERIOR DATA LITURA	ATUAL DATA LITURA	Nº DE DIAS 42	CONSTANTE 1,0000	CONSUMO (KWH) 15200
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,30	16,30		
FEB 19		10190	1,30	1,30		
MAR 19		10190	4,11	4,11		
Cálculo do Consumo						
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO		
JAN 19	152	10190	16,			

EU, MARIA VALERIANO DE BRITO SILVA

RUA MARANATA, nº 06
complemento CONJUNTO LENNIGRADÓ PLANTIO declaro, sob as
penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE cujo o condutor

era EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

Veículo: HONDA CG 125 FAN ES

And: 2010

Modelo: 2010

Placa: MEM - 3854

Chassi: 9C2 JC4 120 AR083258

Data do Acidente: 30 DE NOVEMBRO DE 2018

Local e Data: NATAL, 05 DE FEVEREIRO DE 2019

Maria V. Aulione de Brito Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro, que não seja a vítima do acidente)

OFICIO DE NOTAS Natal 5º Ofício de Notas

Reconheço por autenticidade a firma de
MARIA VALERIANO DE BRITO SILVA.

Attesté, 6 de Février de 2012 14:14

Em testemunho _____ da verdade

OFICIAL / SUBSTITUTO / ESCRIVENTE

Page 6: 9540000473242625

[illegible]

Daniel Henrique de P. e Silva
Empresário

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 62607 /2018

Admissão: 30/11/2018 10:35:07

CIRURGIA GERAL - LARANJA

FALLRADO

ET: U. A. A. K.

paciente: 103783 - EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE (46 a 9 m 17 d)

ascimeto: 13/02/1972

Natural: TEREZINHA BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

VS: 706004863256446

CPF: 14404655643

Prof:

5a: IRENE SANTANA

Pai: TEODOMIRO BERTOLDO ALBUQUERQUE

origem: MARANATA, 6

Bairro: PLANALTO

Cidade: NATAL

EP: 59073240

अंशपात्र: 84 981331447

Comp:

ativo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

diagn: AMBUL SAMU NATAL

*Employee:

Lixograma:

Discriminador:

BS.

Classificação: 30/11/2018 10:30:08

[illegible]

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

uevas: queda de moto

Documentația medico - hospitalară

altura explosa + escoriacoes

ora: _____

ora: _____
Vítimo de queda de moto, trazido pelo SAMU em prancha rígida
e colar cervical

[illegible]

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 05/02/19
IDNT. No. SAME

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

✓ A Perona, color green

M100 - AHT S/R

Paulus cherusuchus

ECG 15

Leitura Com Círculos e mãos Direita e esquerda.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

* Abbot: Ser nios d. Mitziyo,

Salida: - (12) P. 1157A 15-05-19

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS)

M (MEDICAÇÃO EM USO)

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L (LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

RX Tórax AP

RX Punho D AP e P (e telero D AP e P)

RX MÃO D AP oblíquas.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

M: 26. C. Gel. Pelam d. ecum. R. Tórax: sem
 Adeno ou presença tumor, sem fratura costal.
 Tórax intím. sem hipo, abnorm. i. gl. ad.
 i. nódulo. Cd. - - - - -
 - - - - -
 - - - - -

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

Dr. Pedro Paulo Batista
 Cirurgião Geral
 CRM - 5858

ORIGINAL
 02 17

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DESTINO DO PACIENTE

DATA

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

ÓBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP

Enviado 5 Cópia
 Cópia para SAM
 02/11/17

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 12269 /2018

Prontuário: 1178307

Paciente: 103783 - EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

Cartão SUS: 708004863258446

CPF: 14404655843

Dt Nasc: 13/02/1972

Idade: 46 anos 9 meses 17 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: IRENE SANTANA

Nome do pai: TEODOMIRO BERTOLDO ALBUQUERQUE

Rua/Av: MARANATA

Nº: 6

Bairro: PLANALTO

Complemento:

CEP: 59073240

Cidade: NATAL

Telefone: 84 981331447 84 981331447

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: 2 ANDAR

Leito: 259E

Responsável: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE -

Usuário: FRANCISCO DE ASSIS DE BRITO

Admissão: 30/11/2018 12:05:46

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S66.3 - TRAUMATISMO DO MUSCULO EXTENSOR E TENDÃO DE OUTRO DEDO AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO

408060450 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

Fratura exposta mão D

RESUMO DE ALTA

1º e 2º Com fratura na mão D inj.

AV. Amarel.

Fratura exposta 1º e 2º D + fratura distal

Proxim. tendão extensor 1º e 2º D.

Intenado p/ tratamento cirúrgico de urgência.

*Dr. Michel Freire de Araújo
Ortopedista e Traumatologista
Ortopedia Oncológica
CRM 4423 - RBO 10751*

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 01/12/18
MATE Nº.

Exatidão e Criação
CHP - UNIBO SA
SST - 21.154.701

NATAL, 30 de Novembro de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

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

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfrado Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sáfio

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: Edilson Santana Albuquerque Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: fratura exposta Mão (D)Indicação terapêutica: limpeza cirúrgica Urgência () Eletiva ()**INTERVENÇÃO**Data: 30/11/18 Início: Término: Duração:Operador: D. Michel CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

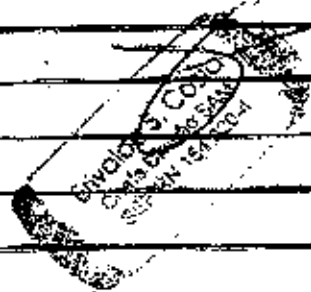
Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em decúbito dorsal, sob anestesia, presença de antissepsia, posição de membros inferiores, alinhamento limpo e resistência com 80, 90, 110 graus flexão e 120 graus extensão. Fratura exposta 1-2 (1-2) + lesão tendão extensor 2-3 (2-3) (perda de substância). Hemostasia, sutura, curativo, dedos inclinados, boa perfusão distal.

Michel Freire de Araújo
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 4432 - TEOT 10751

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 05/12/18
MTC



Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

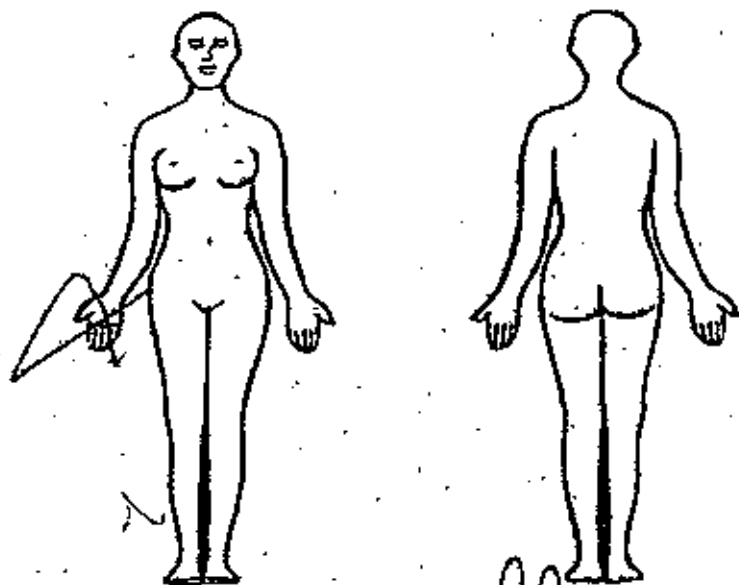


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrado Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sant'Ana
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Edilson Santana Albuquerque
DATA DE NASCIMENTO: 13/02/72 IDADE: 31 anos
REGISTRO: 12269118 / cod. 103783 HORA: 14:30hs
DATA DE ADMISSÃO: 05/12/18
ADMISSÃO DO PACIENTE: Ortopedia
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia
HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO () ACESSO CENTRAL: ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: ()
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO () Dipirona etc HIPERTENSO: SIM () NÃO ()
DIABÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS: R. Distúrbio Bipolar
MEDICAÇÕES EM USO: R. Distúrbio Bipolar
CIRURGIAS ANTERIORES: R. Distúrbio Bipolar
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÃO:

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



051218
29118
051218
051218

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 05/12/18

INSTRUMENTADO: Manuella JALECO Nº: _____ ACESSO CENTRAL: _____
CIRCULANTE: Libra
TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDURAL () B.P.A. () LOCAL ()
OBS: 14:30hs
ANESTESISTA: Dr. João Carlos
INÍCIO DE ANESTESIA: 15:30hs
TÉRMINO DE ANESTESIA: 15:30hs
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Amoxicilina, Tramal
HORA: 15hs

INICIO DE CIRURGIA: 15:00h

CIRURGIÃO: Dr. Riche

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA:

TÉRMINO DE CIRURGIA: 15:15h

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (x)

Nº DA SONDA:

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (x)

Nº DA SONDA:

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (x)

RX:

SIM () NÃO ()

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO ()

TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (x)

TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (x)

FEITO FIGHA: SIM () NÃO ()

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO ()

ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO: SIM () NÃO ()

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO ()

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO ()

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM (x) NÃO ()

QUANTIDADE: 15

GAZES CONFERIDAS: SIM (x) NÃO ()

QUANTIDADE: 4

CAIXA CIRÚRGICA: 10 do C.C.

COMPLETA: SIM (x) NÃO ()

OBS.:

ÓBITO: SIM () NÃO (x)

HORA:

REALIZADO RCP: SIM () NÃO ()

RESPONSÁVEL PELA RCP:

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (x) UTI () ALTA ()

EM AR AMBIENTE: SIM (x) NÃO ()

TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()

ENTUBADO: SIM () NÃO (x)

PREENCHIDO AIH: SIM (x) NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (x) NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (x) NÃO ()

OBSERVAÇÕES:

15:00h Paciente admitido para sala operatória para realização de cirurgia de abdome agudo. Paciente submetido a laparotomia exploradora com diagnóstico de diverticulite aguda com abscesso. Realizada ressecção de 1/3 do cólon sigmoideal com anastomose em Y de Jejunocolo. Lavagem abdominal com solução fisiológica. Hemostase satisfatória. Curativo em 3 pontos. Paciente liberado para enfermaria em boas condições. PA: 140 x 90, FC: 90, SpO2: 98%.

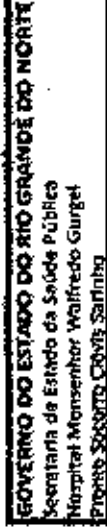
CONFLITO RESOLTO
DATA: 05-02-19

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Instrumentador

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



Paciente: Edilson Santana Albuquerque AS: II E
Idade: 46a Sexo: M Registro: _____ Data: 30/11/08
Diagnóstico: Int. Exposto de m. direita

Paciente: Edilson Santana Albuquerque AS: II E
Idade: 46a Sexo: M Registro: _____ Data: 30/11/08
Diagnóstico: Int. Exposto de m. direita

Cirurgia Realizada: _____
Cirurgião: Michel _____
Anestesiologista: João Carlos _____
Auxiliar: _____
Enfermagem: _____

HISTORIA Clínica Admisional: LOTE, colaborativo. Alergio: nupurina e AINES.
Urticaria. Alimentação: 9h de leite. Exame físico Normal
Est. mar de: quetiçima e diazepam.

Técnica anestésica: Anestesia Geral. Bloq. do Plexo Axilar: 70 ml de Lidocaine 1% + Bupivacaina 0,25% + Adrenalina: 1:100.000.
Havias Venclat: 10 cc + 0,1 + 700 + Capnig = 100.

$O_2 = 286 \text{ mm}$

$SF = 500$
 $SF = 500 \times 500 \Rightarrow 1500 \text{ ml}$

Imatru: 14:30 15:00

Atestados Utilizados:

1. Magn. pau. green e front. mil. 100 mg e EV
2. JDI - Revistas e Proteções e CO. 10 mg
3. Col. 10 mg e 1.5% p. 10 mg e EV
4. Normal 100 mg e 1.5% p. 10 mg e EV
5. Apical 100 mg e 1.5% p. 10 mg e EV

Terminer: ② 15:30 015:15
 1. Prüfung 200mg + Abklingen 80mg EV
 2. 1. Stent exp. Differenzial ab 12.1.2007
 3. Prüfung 200mg
 4. Prüfung 200mg
 5. Prüfung 200mg
 6. Prüfung 200mg
 7. Prüfung 200mg
 8. Prüfung 200mg
 9. Prüfung 200mg
 10. Prüfung 200mg
 11. Prüfung 200mg
 12. Prüfung 200mg
 13. Prüfung 200mg
 14. Prüfung 200mg
 15. Prüfung 200mg
 16. Prüfung 200mg
 17. Prüfung 200mg
 18. Prüfung 200mg
 19. Prüfung 200mg
 20. Prüfung 200mg
 21. Prüfung 200mg
 22. Prüfung 200mg
 23. Prüfung 200mg
 24. Prüfung 200mg
 25. Prüfung 200mg
 26. Prüfung 200mg
 27. Prüfung 200mg
 28. Prüfung 200mg
 29. Prüfung 200mg
 30. Prüfung 200mg
 31. Prüfung 200mg
 32. Prüfung 200mg
 33. Prüfung 200mg
 34. Prüfung 200mg
 35. Prüfung 200mg
 36. Prüfung 200mg
 37. Prüfung 200mg
 38. Prüfung 200mg
 39. Prüfung 200mg
 40. Prüfung 200mg
 41. Prüfung 200mg
 42. Prüfung 200mg
 43. Prüfung 200mg
 44. Prüfung 200mg
 45. Prüfung 200mg
 46. Prüfung 200mg
 47. Prüfung 200mg
 48. Prüfung 200mg
 49. Prüfung 200mg
 50. Prüfung 200mg
 51. Prüfung 200mg
 52. Prüfung 200mg
 53. Prüfung 200mg
 54. Prüfung 200mg
 55. Prüfung 200mg
 56. Prüfung 200mg
 57. Prüfung 200mg
 58. Prüfung 200mg
 59. Prüfung 200mg
 60. Prüfung 200mg
 61. Prüfung 200mg
 62. Prüfung 200mg
 63. Prüfung 200mg
 64. Prüfung 200mg
 65. Prüfung 200mg
 66. Prüfung 200mg
 67. Prüfung 200mg
 68. Prüfung 200mg
 69. Prüfung 200mg
 70. Prüfung 200mg
 71. Prüfung 200mg
 72. Prüfung 200mg
 73. Prüfung 200mg
 74. Prüfung 200mg
 75. Prüfung 200mg
 76. Prüfung 200mg
 77. Prüfung 200mg
 78. Prüfung 200mg
 79. Prüfung 200mg
 80. Prüfung 200mg
 81. Prüfung 200mg
 82. Prüfung 200mg
 83. Prüfung 200mg
 84. Prüfung 200mg
 85. Prüfung 200mg
 86. Prüfung 200mg
 87. Prüfung 200mg
 88. Prüfung 200mg
 89. Prüfung 200mg
 90. Prüfung 200mg
 91. Prüfung 200mg
 92. Prüfung 200mg
 93. Prüfung 200mg
 94. Prüfung 200mg
 95. Prüfung 200mg
 96. Prüfung 200mg
 97. Prüfung 200mg
 98. Prüfung 200mg
 99. Prüfung 200mg
 100. Prüfung 200mg
 101. Prüfung 200mg
 102. Prüfung 200mg
 103. Prüfung 200mg
 104. Prüfung 200mg
 105. Prüfung 200mg
 106. Prüfung 200mg
 107. Prüfung 200mg
 108. Prüfung 200mg
 109. Prüfung 200mg
 110. Prüfung 200mg
 111. Prüfung 200mg
 112. Prüfung 200mg
 113. Prüfung 200mg
 114. Prüfung 200mg
 115. Prüfung 200mg
 116. Prüfung 200mg
 117. Prüfung 200mg
 118. Prüfung 200mg
 119. Prüfung 200mg
 120. Prüfung 200mg
 121. Prüfung 200mg
 122. Prüfung 200mg
 123. Prüfung 200mg
 124. Prüfung 200mg
 125. Prüfung 200mg
 126. Prüfung 200mg
 127. Prüfung 200mg
 128. Prüfung 200mg
 129. Prüfung 200mg
 130. Prüfung 200mg
 131. Prüfung 200mg
 132. Prüfung 200mg
 133. Prüfung 200mg
 134. Prüfung 200mg
 135. Prüfung 200mg
 136. Prüfung 200mg
 137. Prüfung 200mg
 138. Prüfung 200mg
 139. Prüfung 200mg
 140. Prüfung 200mg
 141. Prüfung 200mg
 142. Prüfung 200mg
 143. Prüfung 200mg
 144. Prüfung 200mg
 145. Prüfung 200mg
 146. Prüfung 200mg
 147. Prüfung 200mg
 148. Prüfung 200mg
 149. Prüfung 200mg
 150. Prüfung 200mg
 151. Prüfung 200mg
 152. Prüfung 200mg
 153. Prüfung 200mg
 154. Prüfung 200mg
 155. Prüfung 200mg
 156. Prüfung 200mg
 157. Prüfung 200mg
 158. Prüfung 200mg
 159. Prüfung 200mg
 160. Prüfung 200mg
 161. Prüfung 200mg
 162. Prüfung 200mg
 163. Prüfung 200mg
 164. Prüfung 200mg
 165. Prüfung 200mg
 166. Prüfung 200mg
 167. Prüfung 200mg
 168. Prüfung 200mg
 169. Prüfung 200mg
 170. Prüfung 200mg
 171. Prüfung 200mg
 172. Prüfung 200mg
 173. Prüfung 200mg
 174. Prüfung 200mg
 175. Prüfung 200mg
 176. Prüfung 200mg
 177. Prüfung 200mg
 178. Prüfung 200mg
 179. Prüfung 200mg
 180. Prüfung 200mg
 181

13. _____
14. _____
15. _____

Encaminhamento: Do CPO. Aldeia 9. Sem intercâmbio NATAL. CONF. 03

RECEIVED
U.S. DEPT. OF JUSTICE
JAN 15 1964

Assinatura do Anestesiologista - CHM



PRONTUÁRIO N° 4378307

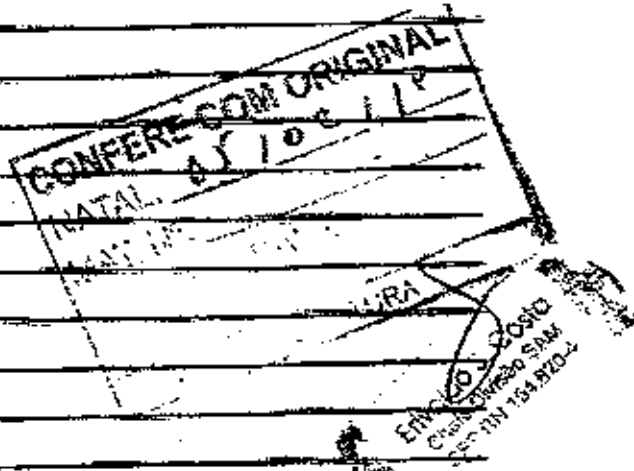
NOME DO PACIENTE: Edilson Santana plausiquemque
FIA/ANO: 12 269 / 2018 COD PACIENTE: 43783
DATA DE ENTRADA: 30 / 11 / 2018 DATA DA SAÍDA: 13 / 12 / 2018

MOTIVO DA SAÍDA:

- ☒ 1. ALTA HOSPITALAR
☐ 2. ALTA PELO SAD (SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR)
☒ 3. TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE / QUAL? _____
☐ 4. TERMO DE RESPONSABILIDADE
☐ 5. SAÍDA REVELIA
☐ 6. ÓBITO
☐ 7. OUTROS / QUAL? _____

SITUAÇÃO DO PRONTUÁRIO

- ☒ COMPLETO
☐ INCOMPLETO / SE INCOMPLETO DISCRIMINAR ABAIXO AS PENDÊNCIAS.



17 / 12 / 2018
DATA

Edilson Santana
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

ANAM RESE

Transtorno do humor

EXAME FÍSICO

KLB, sem sinais de Fome II-III
sem sinais de tórax.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Transtorno de humor bipolar

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: 30/11/10 HORA: 11:12

SAÍDA:

DATA: 1/1 HORA:

Decisão Médica ☐À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: 1/1

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nesta linha e entregar ao paciente

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: 1/1 HORA:

SAÍDA:

DATA: 1/1 HORA:

Decisão Médica ☐À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: 1/1

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐I.T.E.P. ☐

DESTACAR

CUIDAR ATENTO À SITUAÇÃO DO PACIENTE E ÀS NECESSIDADES DE CUIDADO, EM ESPECIAL ÀS CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS, DEBEMOS PROCURAR O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFICAR

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

[illegible][illegible]

NAME	DATE	TIME	LOCATION	REMARKS
...	...	...	...	...

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA 2- PEGUE A VÍTIMA A OUTRA PESSOA QUE NÃO ESTIVER FORA DE HOSPIITAL 3- E PEÇA UM DESFIBRILADOR DE 12- ABRA VIA AEREA 4- AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 5- SE ABERTA, AVALIE 2 VENTILADORES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLA, VALVA, MÁSCARA) 6- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE) 7- SE PULSO ABSENTES, INICIE COMPRESSIONES TORÁXICAS 100MM (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEAF 8- DEAF DISPONÍVEL: AVALIE O RÍTMO 9- RÍTMO CHOQUEÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE EM 120MM DE DIÂMETRO, E REPETE RCP 10- RÍTMO NÃO CHOQUEÁVEL, REPETE RCP (21) 11- AVALIE O RÍTMO A CADA 2 CICLOS 12- FAZE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MEXA 13- COLOQUE A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO

[illegible]

**COSERN**

Protocolo: 1334394554

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO DE ENERGIA ELÉTRICA PARA CONSUMIDORES TITULARES DE UNIDADES CONSUMIDORAS DO GRUPO B

A **Companhia Energética do Rio Grande do Norte COSERN**, CNPJ nº 08.324.196.0001-81, com sede na Rua Mermoz, 150, Cidade Alta, Natal/RN, CEP 59.025-250, doravante denominada distribuidora, em conformidade com a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, e **EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE**, CPF/CNPJ: 14404655843, doravante denominado Consumidor, responsável pela unidade consumidora nº 007014869462, situada na (a) RUA MANOEL LISBOA DE MOURA, 08, CEP: 59074-841, GUARAPES, NATAL - RN, aderem, de forma integral, a este Contrato de Prestação de Serviço Público de Energia Elétrica para unidades consumidoras do Grupo B, na forma deste Contrato de Adesão.

DAS DEFINIÇÕES

1. carga instalada: soma das potências nominais dos equipamentos elétricos instalados na unidade consumidora, em condições de entrar em funcionamento, expressa em quilowatts (kW);
2. consumidor: pessoa física ou jurídica, de direito público ou privado, legalmente representada, que solicite o fornecimento de energia ou o uso do sistema elétrico à distribuidora, assumindo as obrigações decorrentes deste atendimento a(s) sua(s) unidade(s) consumidora(s);
3. distribuidora: agente titular de concessão ou permissão federal para prestar o serviço público de distribuição de energia elétrica;
4. energia elétrica ativa: aquela que pode ser convertida em outra forma de energia, expressa em quilowatts-hora (kWh);
5. energia elétrica reativa: aquela que circula entre os diversos campos elétricos e magnéticos de um sistema de corrente alternada, sem produzir trabalho, expressa em quilovolt-ampère-reativo-hora (kvarh);
6. grupo B: agrupamento composto de unidades consumidoras com fornecimento em tensão inferior a 2,3 quilovolts (kV);
7. indicador de continuidade: valor que expressa

a duração, em horas, e o número de interrupções ocorridas na unidade consumidora em um determinado período de tempo;

8. interrupção do fornecimento: desligamento temporário da energia elétrica para conservação e manutenção da rede elétrica e em situações de casos fortuitos ou de força maior;

9. padrão de tensão: níveis máximos e mínimos de tensão, expressos em volts (V), em que a distribuidora deve entregar a energia elétrica na unidade consumidora, de acordo com os valores estabelecidos pela ANEEL;

10. ponto de entrega: conexão do sistema elétrico da distribuidora com a unidade consumidora e situa-se no limite da via pública com a propriedade onde esteja localizada a unidade consumidora;

11. potência disponibilizada: potência em quilovolt-ampère (kVA) de que o sistema elétrico da distribuidora deve dispor para atender aos equipamentos elétricos da unidade consumidora;

12. suspensão do fornecimento: desligamento de energia elétrica da unidade consumidora, sempre que o consumidor não cumprir com as suas obrigações definidas na Cláusula Quarta;

13. tarifa: valor monetário estabelecido pela ANEEL, fixado em reais por unidade de energia elétrica ativa ou da demanda de potência ativa; e

14. unidade consumidora: conjunto composto por instalações, equipamentos elétricos, condutores e acessórios, incluída a subestação, quando do fornecimento em tensão primária, caracterizado pelo recebimento de energia elétrica em apenas um ponto de entrega, com medição individualizada, correspondente a um único consumidor e localizado em uma mesma propriedade ou em propriedades contíguas.

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

Este instrumento contém as principais condições da prestação e utilização do serviço público de energia elétrica entre a distribuidora e o consumidor, de acordo com as Condições Gerais de Fornecimento de Energia Elétrica e demais regulamentos expedidos pela Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL.

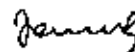
Centro de Estética, Natação e Reabilitação Tutubarão
Av. Nascimento de Castro, 954, Dix-Sept Rosado – Natal/RN

Fone: 3213-1402

LAUDO FISIOTERAPÊUTICO

Declaro, para os devidos fins que o paciente **Edilson Santana Albuquerque**, 47 anos, com diagnóstico clínico de pós operatório por fratura do 4º dedo e tenorrafia do extensor do mesmo dedo, vem realizando tratamento fisioterapêutico nesta clínica desde 04/02/2019. O paciente está sendo submetido a técnicas de eletrotermoterapia, cinesioterapia ativo livre e terapia manual, não apresentando evolução, pois trata-se de uma sequela permanente decorrente do acidente motociclistico que sofreu. Segue com limitações funcionais e de amplitude de movimento no referido segmento.

Natal, 30 de Abril de 2019



Débora Luciana S. Brandão
Fisioterapeuta
CRFETO-1: 154343-F



RELATÓRIO MÉDICO

Nome: Edison S Albuquerque

Diagnóstico: Pop tenorrafia extensor 4QDD

Prognóstico: Moderado. Ainda com dor e limitação. Segue em reabilitação.

Lesão definitiva. Não se espera melhora funcional total

Recomendação: Deve afastar-se de suas atividades de carga, a critério de avaliação pericial

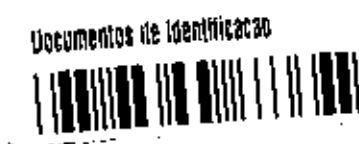
CID: S66/ Z98.8

11.04.19

Dr Hélio R. P. Garcia
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5500

Dr Hélio R. Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM - 5500



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **144.046.558-43**

Nome: **EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE**

Data de Nascimento: **13/02/1972**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **12:21:19** do dia **10/05/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **6A21.8B47.A709.E7BE**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0176270/19

Vítima: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

CPF: 144.046.558-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/11/2018

Titular do CPF: EDILSON SANTANA
ALBUQUERQUE

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE : 144.046.558-43

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/05/2019
Nome: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE
CPF: 144.046.558-43

EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0176270/19

Número do Sinistro: 3190343933

Vítima: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

CPF: 144.046.558-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/11/2018

Titular do CPF: EDILSON SANTANA
ALBUQUERQUE

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

Outros

EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE : 144.046.558-43

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.

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: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE
CPF: 144.046.558-43

EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/06/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190343933 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 30/11/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA. PG 4,8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA EXASTIVA E SUTURA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0176270/19

Número do Sinistro: 3190343933

Vítima: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

CPF: 144.046.558-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/11/2018

Titular do CPF: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE : 144.046.558-43

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.

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: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE
CPF: 144.046.558-43

EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/06/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190343933

Vítima: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 30/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190343933

Vítima: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 30/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190343933

Vítima: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 30/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

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

Multa:	R\$ 19,18
Juros:	R\$ 0,66
Total creditado:	R\$ 694,84

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE**

Valor: **R\$ 694,84**

Banco: **104**

Agência: **000002044**

Conta: **0000097279-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	144.046.558-43	EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE		144.046.558-43	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
PORTEIRO	RUA MANOEL LISBOA DE MOURA	06	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
GUARAPES	NATAL	RN	59074-841
E-mail:	Tel (DDD):		
NAO TEM	(84) 98133-1447		

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

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO 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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
2044 013	00097279 4		
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	

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

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 do 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 CIVI) ☐ 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 (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
		Vivos: Falecidos:			☐ 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 alfabetizado	Local e Data:	NATAL/RN, 10 DE MAIO DE 2019	
	Nome:	EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE	
	CPF:	144.046.558-43	
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO		
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		TESTEMUNHAS	
		1º Nome: _____	
		CPF: _____	
		Assinatura	
		2º 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.**




José Geraldo Cordeiro da Silva Júnior
Gerente AC Pitimbu/RN
Mat. 8.627.408-2

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguredoraldider.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.

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA 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, EDILSON SANTANA ALBUQUERQUEPORTADOR(A) DO RG Nº 002.723.473EXPEDIDO POR ITEP/RNEM 26/07/2018 ECPF 744046558-43 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE 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) 2044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.000.972.79-4

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.

NATAL/RNde MAIOde 2018

LOCAL E DATA

Edilson Santana Albuquerque

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, 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 seguro 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.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO - CIENTÍFICO DE PERÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - II



FOLEGRÃO DIREITO



Edilson Santana Albuquerque
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CAVAL
NOME

002.123.473

DATA DE
EXPIRAÇÃO

26/07/2018

EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

FILIAÇÃO

TEODOMIRO BERTOLDO ALBUQUERQUE
IRENE SANTANA

NATURALIDADE

TEREZINHA PE

DATA DE NASCIMENTO

13/02/1972

DOC. ORIGINAL

CERT. DE NASCIMENTO 1-0037-21-280 R6-8134
BREJÃO PE-1 CARTÓRIO

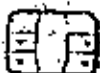
CPF

144.046.558-43

2a VIA

ITMP/PM

CAIXA
POUPANÇA FÁCIL



PRODUTOS

Bolsa Família

5067 2251 0649 1543

Ass:

7824

EDILSON S ALBUQUERQUE

2044 013 00097270-4
1001007155

elo
DÉBITO

SAC CAIXA: 0800 728 0161 / Cartão de Atendimento ao Cliente: 0800 728 2482

ASSINATURA AUTORIZADA

471

Este cartão é pessoal e intransferível.

Assinatura Controlada: 0001 1000 (Cartão de Controle e Registro de Assinaturas)
0001 126 0000 (Cartão de Registro)
Cartão: 0001 126 1424

caixa.gov.br

Banco24Horas

CAIXA
AQUI

elo
DÉBITO



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL

DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DA GRANDE NATAL - DPGRAN
DEAV - Delegacia Especializada em Acidentes de Veículos

Boletim de ocorrência



Ref. Ocorrência nº 101010011483520729

RECEBIDO

15 MAI 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim versando sobre: LESÃO ACIDENTAL NO TRÂNSITO

Seguradora Líder DPVAT

Data e Hora do Fato: 30/11/2018 às 09:35

Local do Fato: Em Via Aberta localizado(a) no(a) Rua Mira Mangue, Planalto, Natal, estado do(a) Rio Grande do Norte

COMUNICANTE

EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE, brasileiro, solteiro(a), R.G. nº 002123473 ITÉP/RN, CPF: 144.046.558-43, desempregado, com 46 anos e nascido aos 13/02/1972, natural de Terexinha-PE, filho(a) de Teodomiro Bertoldo Albuquerque e de Irena Santana, residente e domiciliado(a) à(o) Rua Maranhã, 06, 14 Via Sul QA, Planalto, Natal-RN, telefone (84) 98637-5786

HISTÓRICO SEGUNDO O COMUNICANTE

O comunicante compareceu nesta unidade especializada, para informar que na data, horário e local supra, estava conduzindo a motocicleta relacionada, ocasião na qual se envolveu em um acidente de trânsito. Lesionado, foi socorrido pela SAMU para o Pronto Socorro Clovis Sarinho, conforme declaração e atendimento anexos. Nada mais disse.

VÍTIMA(S)

O COMUNICANTE

TESTEMUNHA(S)

INFRATOR(ES)

EXAMES REQUISITADOS

Nenhum

OBJETOS ENVOLVIDOS

Envolvido: 1 Unidade(s) de Veículos, do tipo MOTOCICLETA, modelo HONDA/CG 125 FAN ES, de cor PRETA, de número de série *****83258, de placa MZM3854, ano 2010/2010, de propriedade do(a) Sr(a). MARIA VALERIANO DE BRITO SILVA

Autoridade: Alzira Veiga de Medeiros

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante: *Edilson Santana Albuquerque*

CONCLUSÃO/REMESSA

Registrados os dados possíveis, seja a 1ª Via do Boletim remetido para o conhecimento do(a) delegado(a) Alzira Veiga de Medeiros na DEAV - Delegacia Especializada em Acidentes de Veículos e a 2ª via arquivada, para os devidos fins.

Natal, 7 de Fevereiro de 2019.

Raymond Rausly da Costa Cabral
Raymond Rausly da Costa Cabral
Policial Civil
Matrícula: 157.374-8

AUTENTICAÇÃO
NO VERSO.

EM BRANCO

5 OFÍCIO DE NOTAS
Natal 5º Ofício de Notas

Av. Presidente Sarney - 504 - Anhem - CEP 55.060-200 - Natal - RN
Fone: (51) 3.723-4500/3.723-0911 - e-mail: oficio@oficiodnotas.com.br
Bairro Natal da Santa Rosa - Tatuado

Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado.
ins. (AOV00025207)
Natal, 30 de Abril de 2018 10:06

Em testemunho da verdade

Marília Larissa da C. Rocha
Marília Larissa da C. Rocha
ESCREVENTE

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

CPF da Vítima

144.046.558-43

Data do Acidente

30/11/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinar uma das opções abaixo:

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

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

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

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

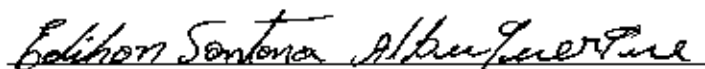
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de Inexistência de IML



NATAL/RN, 10 de MAIO de 2019.

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal