

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: 16/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAVISON JACO ALVES BEZERRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00036-1

CONTA: 000000105282-9

Nr. da Autenticação 811210CFBEF0919A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200206338 **Cidade:** Areia Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVISON JACO ALVES BEZERRA **Data do acidente:** 22/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DENTOALVEOLAR.
FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 3/5/6/7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20655199-0



COSERN

www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

NATHALIA LUZIA DA SILVA
CPF: 093.045.284-90

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DODGE 200
SANTA JULIA/AREA URBANA
59540-260 MOSSORÓ RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO
23/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
125,56

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
16/01/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO
16/01/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL
036207395

Série: U

CONTA CONTRATO
007012475629

Nº DO CLIENTE
3011285641

Nº DA INSTALAÇÃO
0402633003

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

094B.C179.F5F9.0B49.CBA5.9DD0.89BB.4978

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	171,00	0,32982774	56,40
Consumo Ativo(kWh)-TE	171,00	0,32491905	55,56
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,96
Contrib. Itum. Pública Municipal			10,64
TOTAL DA FATURA			125,56

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Rest	Valor
24/01/20	16/01/20	100,02

Esta comunicação NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO constitui débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrição de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,32982774
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,32491905

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo Ativo(kWh)-JUSD	0,25460000	JAN 20		171
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25907000	DEZ 19		126
		NOV 19		52
		OUT 19		205
		SET 19		188
		AGO 19		190
		JUL 19		221
		JUN 19		270
		MAI 19		263
		ABR 19		246
		MAR 19		230
		FEV 19		267
		JAN 19		248

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	42,41	36,30
Transmissão	4,44	3,86
Distribuição (Cossim)	27,92	24,30
Encargos Sociais	6,48	5,65
Tributos	28,17	24,77
Perdas de Energia	7,40	6,52
TOTAL	114,92	100

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	42,41	36,98
Transmissão	4,44	3,86
Distribuição (Cosern)	27,92	24,80
Encargos Sociais	6,48	5,65
Tributos	28,17	24,77
Perdas da Energia	7,40	6,52
TOTAL	114,92	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
114,92	16,00	20,68	114,92	0,88	0,97	114,92	3,94	4,52

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	Tipo da Função	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO kWh
0000000215080887	CAT	12/12/2019 4.816,00	16/01/2020 4.967,00	30	1,00000	0,00	171,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/02/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM	MÉDIA ANUAL
nov/2019					
DIC-Med. de horas sem Energia	MOSSORÓ ES	2,23	10,29	20,59	41,19
PEC-Med. de vezes sem Energia		2,00	7,52	15,04	30,09
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		1,38	5,48	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,00
EURO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 43,54					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração das Indicações DIC, PEC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você pelo boleto ou boleto: avenida wilson rosado, aeroporto / super alternativo de alimentos: av abel coelho, 1455, abelco. Lista completa em www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso para multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Let 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007012475629	01/2020	125,56	23/01/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838000000017 255600384071 012475629209 013985748933





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 2004/02.

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Niterói, 100 - Gêa, Natal - RN, CEP 59025-200
CNPJ 08.528.195/0001-21 | Insc. Est. 20.053.974-0 | www.cosern.com.br

BADOP DO CLIENTE
NATHALIA LILIA DA SILVA

INSCRIÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DODGE 280

CPF 093.065.264-90

SANTA JULIA AREA URBANA
MOSSORO RN
69640-260

CLASSIFICAÇÃO
DE RESIDÊNCIA
RESIDENCIAL
Módulo 100

USC 2018	ONCA	1601/2020
1601/2020	301138641	2030003

7012475629	01/2020
23/01/2020	13/02/2020
125,56	

Consumo (kWh) (Módulo) 71,50
Consumo (kWh) (Módulo) 71,50
Acréscimo Bandeira AMARELA
Cargos (Iuz, Pública Municipal)

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
171,000000	0,2282774	55,40
171,000000	0,2991805	55,66
		2,66
		10,64

TOTAL DA FATURA

125,56

ÍNDICE	TÍPO DE	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ÍNDICE	TÍPO DE	ANTERIOR	LEITURA	DATA
125,56	CAI	124,3000	+2,66	16/02/2020	125,56	CAI	124,3000	+2,66	16/02/2020

PERÍODO	VALOR	PERÍODO	VALOR
01/01/2020	124,30	01/01/2020	124,30
02/01/2020	124,30	02/01/2020	124,30
03/01/2020	124,30	03/01/2020	124,30
04/01/2020	124,30	04/01/2020	124,30
05/01/2020	124,30	05/01/2020	124,30
06/01/2020	124,30	06/01/2020	124,30
07/01/2020	124,30	07/01/2020	124,30
08/01/2020	124,30	08/01/2020	124,30
09/01/2020	124,30	09/01/2020	124,30
10/01/2020	124,30	10/01/2020	124,30
11/01/2020	124,30	11/01/2020	124,30
12/01/2020	124,30	12/01/2020	124,30
13/01/2020	124,30	13/01/2020	124,30
14/01/2020	124,30	14/01/2020	124,30
15/01/2020	124,30	15/01/2020	124,30
16/01/2020	124,30	16/01/2020	124,30
17/01/2020	124,30	17/01/2020	124,30
18/01/2020	124,30	18/01/2020	124,30
19/01/2020	124,30	19/01/2020	124,30
20/01/2020	124,30	20/01/2020	124,30
21/01/2020	124,30	21/01/2020	124,30
22/01/2020	124,30	22/01/2020	124,30
23/01/2020	124,30	23/01/2020	124,30
24/01/2020	124,30	24/01/2020	124,30
25/01/2020	124,30	25/01/2020	124,30
26/01/2020	124,30	26/01/2020	124,30
27/01/2020	124,30	27/01/2020	124,30
28/01/2020	124,30	28/01/2020	124,30
29/01/2020	124,30	29/01/2020	124,30
30/01/2020	124,30	30/01/2020	124,30
31/01/2020	124,30	31/01/2020	124,30
01/02/2020	124,30	01/02/2020	124,30
02/02/2020	124,30	02/02/2020	124,30
03/02/2020	124,30	03/02/2020	124,30
04/02/2020	124,30	04/02/2020	124,30
05/02/2020	124,30	05/02/2020	124,30
06/02/2020	124,30	06/02/2020	124,30
07/02/2020	124,30	07/02/2020	124,30
08/02/2020	124,30	08/02/2020	124,30
09/02/2020	124,30	09/02/2020	124,30
10/02/2020	124,30	10/02/2020	124,30
11/02/2020	124,30	11/02/2020	124,30
12/02/2020	124,30	12/02/2020	124,30
13/02/2020	124,30	13/02/2020	124,30
14/02/2020	124,30	14/02/2020	124,30
15/02/2020	124,30	15/02/2020	124,30
16/02/2020	124,30	16/02/2020	124,30
17/02/2020	124,30	17/02/2020	124,30
18/02/2020	124,30	18/02/2020	124,30
19/02/2020	124,30	19/02/2020	124,30
20/02/2020	124,30	20/02/2020	124,30
21/02/2020	124,30	21/02/2020	124,30
22/02/2020	124,30	22/02/2020	124,30
23/02/2020	124,30	23/02/2020	124,30
24/02/2020	124,30	24/02/2020	124,30
25/02/2020	124,30	25/02/2020	124,30
26/02/2020	124,30	26/02/2020	124,30
27/02/2020	124,30	27/02/2020	124,30
28/02/2020	124,30	28/02/2020	124,30
29/02/2020	124,30	29/02/2020	124,30
30/02/2020	124,30	30/02/2020	124,30
31/02/2020	124,30	31/02/2020	124,30

ATENÇÃO: A COSERN NÃO GARANTE O CORRETO FUNCIONAMENTO DO EQUIPAMENTO DE CONTAGEM DE ENERGIA ELÉTRICA. O CLIENTE DEVE Zelar pelo bom funcionamento do mesmo, verificando periodicamente o consumo e a leitura. Em caso de avaria, deve ser substituído imediatamente. A COSERN não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso do equipamento de contagem de energia elétrica.

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	71,50	10,00	20,00	41,50	2,66	124,30	124,30	124,30	124,30
SR	2,00	2,50	15,00	30,00					
DAC	1,25	5,00	0,00	0,00					



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1598 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-05 | Chamada Única: 0800-071-91-35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAS/LEGISLAÇÃO/LEGISLAÇÃO%20NORMAS%20DE%20CONTROLE%20E%20FISCALIZAÇÃO%20DOS%20MERCADOS%20DE%20SEGURO%20E%20PREVIDÊNCIA%20PRIVADA>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, LUTA POR INVALIDADE DISCRIMINADA, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA Lei nº 9.131/96.

Peço exposto, eu Francisco de Amor Santiago

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 466395394 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediária (a) do Beneficiário

Davison Jaco Alves Bezerra inscrito (a) no CPF sob o nº 093882054 / 05

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Davison Jaco Alves Bezerra

Inscrito (a) no CPF sob o nº 093882054 / 05 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Revisor Renda: Revisor e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Rectifico informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins da prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 298 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Dodge</u>	Número: <u>200</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Santa Julia</u>	Cidade: <u>Monoré</u>	Estado: <u>RS</u>
E-mail: <u>Não possui</u>		CEP: <u>59640-260</u>
		Telefone: <u>(51) 99827-0066</u>

Local e Data: _____

Monoré-RS 30/03/2020

X Francisco de Amor Santiago

Assinatura do Declarante

25

Paciente: 54845 - DEIVISON JACO ALVES BEZERRA (29 a 1 m 11 d)

Nascimento: 12/11/1990

Natural: MOSSORO.BRASIL

CNS:

CPF:

Prof:

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: LUCIA HELENA ALVES BEZERRA

Paí: NADA CONSTA

Logradouro: DODGE, 200

CEP: 59640260

Bairro: SANTA JULIA

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.91950710

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS: REGULADO PARA A CIRURGIA GERAL, TRAZIDO EM AMBULANCIA

Classificação:						PESO:		
23/12/2019 01:04:59								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	Fio2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow
								RTS

HISTORIA - EXAME FISICO

Queixas: QUEDA DE MOTO HA APROXIMADAMENTE 30 MIN; CONSCIENTE, ECG 15;

Hora: 01:32

Paciente, Vítima de queda de moto há 1h, Nego dor de cabeça, vômito, incontinência de fezes, uso de capote. Não foi ferido pelo protocolo de JAMU. Nego Alergia.

- A- Visão, audição, paladar, olfato, tato.
- B- MV em AHTS/RA, uso expiratório, S/diformalidade.
- C- Hm, incontinência de fezes, Alburne e Puncta esternas.
- D- ECG = 15, pulso, Inconscientes e foto r-x.
- E- Dor e Diformalidade em pulso E, corte bico Sup. Deformidade em dextro Superior do bico, múltiplas exco-

Diagn. Inicial:

Trauma de face

PRESCRIÇÃO:

	VIA	HORARIO	ASSINT.
1) Solicito Rx de pulso E, TC de face e crânio.			
2) Pouca ob. ortopédica e BMF.	NE		Rx to r-x
3) SFO, 9% - 500ml, IV, Agora			
4) Dipirona - 2ml + ABD, IV, Agora			

Prescritor: Dr. José Paulo Sobrinho

Assinatura: [Assinatura]

Exo Ardo salutar e propunção expun delecta

Enteque o papel do Sines m. anagel

- Decapnor - 4ml, EV - + ABD - 1ml + TO

- Clir DAmioiva 600mg 06/06 h. EV

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

CID: 50000 UFM

Proc:

Data: 1/19. Hr:

Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS. Impresso em 23 de Dezembro de 2019.

Carimbar)

(Assinar e

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTA CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORO

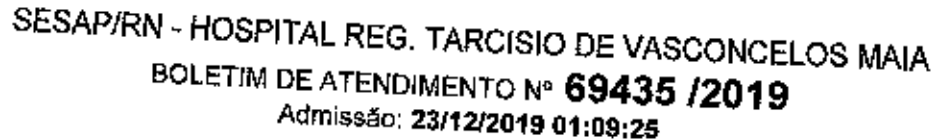
Dr. José Paulo Sobrinho

SAME/ARQUIVO

mat. 150.3430

Dr. José Paulo Sobrinho
Cirurgião Geralista
CRM/RN 11770

22 04



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 69435 /2019

Admissão: 23/12/2019 01:09:25

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 54845 - DAVISON JACO ALVES BEZERRA (29 a 1 m 18 d)
Nascimento: 12/11/1990 **Natural: MOSSORO - RN**

Nascimento: 12/11/1990

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 702806660417366

CPF:

Prof:

Mãe: LUCIA HELENA ALVES BEZERRA

Paí: NADA CONSTA

Logradouro: DODGE, 200

Bairro: SANTA JULIA

CEP: 59640260

Telephone: 84.91950710

Compl:

Cidade: MOSSORO

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

Tipo: REGULADO

*Empresa:

OBS: REGULADO PARA A CIRURGIA GERAL; TRAZIDO EM AMBULANCIA

Classificação:

23/12/2019 01:04:59

PESO:

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: QUEDA DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 30 MIN; CONSCIENTE, ECG 15:
Hora:

Hora: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANEAMENTO 17/03/2017

~~SECRET~~
~~SECRET~~

SAME / ARQUIVO

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

[illegible]

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

CID _____ Proc. _____

Data: ___ / ___ /19. Hr: ___

Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS. Impresso em 30 de Dezembro de 2019.

Assignar e



EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: DEIVISON JACO ALVES BEZERRA Leito: Rm: 1-16

DATA	EVOLUÇÃO
23-12-19	Vítima de queda com um to, porta trauma facial com ferimentos múltiplos em cavidade oral e face realizado suturas e redução de fratura dentoalveolar sup.
	AO REPOUSO MASCULINO

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
23-12-19	DIETA LÍQUIDA			
	DECADOL - 4mg 08/08h	EV	16	00
	SB - 0,9% 1500ml	EV	16 2' 3'	
	CLINDAMICINA 600mg 06/06h	EV	10 28	04
	SAT. 500mg UT	1h		
	SSV - 2200			
	HIGIENE ORAL 03 VEZES AO DIA			
				HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SANE MOSSORÓ 17/12/2019 H. Veneris R. Barros SANE / ARSOL MOT. 150.343-0
	① Curativo - m.s e (retirar foto e nuclear).			
24/12/19	7to estivo/ com condicção BNF do PS.			Dr. Leandro Freire Ortopedia e Traumatologia Clínica do Joelho CRM/RN 7438 TEOT 40000000
	Orientado quanto necessidades de excom pouso e banho toxiol.			
	ALTA BNF do PS			
24/12/19	ORTOPEDIA			
	Paciente em fase de alta física			Dr. Leandro Freire Ortopedia e Traumatologia Clínica do Joelho CRM/RN 7438 TEOT 40000000
	Evolui bem sem alterações. EOB.			
	m = 12 Horas total			

Requiere P 1999-1179 (Dr. Johnson)

Dr. Gildasio Fernandes
Médico
CRMPE 26583

Fito + Decodifica

A no pago

CRMPE 26583
Médico
Dr. Gildasio Fernandes

Endereço	1226-39
Atendimento	19/03/2020
Atendimento	7:02

122639 **BOLETIM DE ADMISSÃO**

Nº AIH
CRISTINA

1508 - DAVISON JACO ALVES BEZERRA

Adm(A) - Sexo: MASCULINO - 12/11/1990 - 29 A, 4 M, 7 D	CPF: 093.882.054-05	RG: 002393246
70280660417366	Convênio: SUS	
CR01-06 205-04	Enfermaria: CR01 - CENTRO CIRURGICO 1	
Reço: DODGE, N° 200 - CEP: 59600-010		
End: Cód.: 2408003 - MOSSORO/RN	Profissão: MONTADOR	Bairro: SANTA JULIA
ÃO DECLARADO	Especialidade: ORTOPEDIA CIRURGICA	
Alidade: MOSSORO	Mãe: LUCELENE ALVES BEZERRA	
Caráter de Atendimento: ELETIVO		
nsavel: DAVISON JACO ALVES BEZERRA		
imento Solicitado: 0408020423-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMB - \$523 - FRAT DA DIAFISE DO RADIO		
stico Definitivo:		
	Acomodação:	
	Médico: 6439 - EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS	

At: 30/12/1899
ação:

HOSPITAL WILSON ROSADO
Convênio
() Com 03 Refeições
(X) Sem Refeições
Acompanhante

Resultado

☐	Curado	☐	Removido	☐	-48 Horas
☐	Melhorado	☐	Pedido	☐	+48 Horas
☐	Inalterado	☐	Evasão	☐	Obito
☐	Piorado	☐	Indisciplina		

Transferido:

44 24700222406 7

História Clínica

stico Provável

Elaine Pereira Araújo

RESPONSÁVEL

EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Quadril
CRM/RN - 6439 - TECT 13310

EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS

K

Qu de ca mte, ECEP,
of defect free

TCC / no de noa ce p'elzjoc

настроения

Col. LIBERADO P. NC

Dr. Vladimir de Oliveira Melo
Neurocirurgião
CRM/RN 5566

DA Lopez 23 12 19 02 294

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE ROSSORÓ 17/02/2017

SAME / MOSSORO 17/08/2020
J. J. J. J. J.
SAME / ARQUIVO

mat. 156.342-0

Văfura de accident de matorie
 grăditi dn + expresiv jenerale
 e dn + edine + de poverde
 Antimico (E)

Case needs inspection of

pe punno + antihumo C wa
pe drogre vodu (fokoro)
nenta de po eyano elita
Cf. exento + loto and polno

BANK: VITUA DE QUELA COM
UNOTO, PORTA THANA CAUAL COM

FENOMENOS MULTIPLOS EM CALIDADE
ONCA E FALSO FEITO ATISSIPSIA + SUTURA
AO EXAME DE IMAGENS TC = FRATURA DENTARIA.

Aut A
9A
Shut



FICHA DE ANESTESIA

NOME <u>Davidson Jacob Alves Bezerra</u>										DATA <u>19/03/2020</u>	
SERVIÇO <u>MUR.</u>			ANESTESISTA <u>Edilene</u>			CIRURGIÃO <u>Genivaldo / Edmarcio</u>					
IDADE <u>39</u>	SEXO <u>M</u>	COR	PR. ART. <u>110x70</u>	PULSO <u>66</u>	TEMP.	ESTADO FÍSICO <u>(1) 2 3 4 5</u>		PRÉ-ANESTÉSICO			
DIAGNÓSTICO						505					

OPERAÇÃO REALIZADA

116 Folha antebraço esp.				
INÍCIO 16:30h	TERMINO	DURAÇÃO	ROTINA ☒	EMERGÊNCIA ☐ EXTRA ☐

[illegible][illegible]

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

GENTES EMPREGADOS

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

Dr. Edson de Melo Junior
Avenida Leopoldina
CRB - Rio de Janeiro
TELEFAX 15904



Paciente: 1226539-DAVISON JACO ALVES BEZERRA

IDADE: 29 A,4 M,7 D SUS

FERMARIA: 205-AP 205

LEITO:205-04

ADMISSÃO: 19/03/2020

PRESCRIÇÃO MÉDICA

03/2020 - 18:09:11

ITA LIVRE

10 FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML	1,00FR	IV	08/08H		22/06/14
IRONA 500MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	06/06H	- Sola V	24/06/12C
IMAL 50MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	08/08H	- 2 P.A.V	20/06/12C
ALOTINA 1 G	1,00FA	IV	06/06H	- Sola V	24/06/12C
IOXICAN 40MG PÓ INJ.	1,00AMP	IV	2X DIA	- Sola V	
SEDROX 8 MG / 4 ML	1,00AMP	IV	08/08H	SN - Sola V	SN

IV+CCGG

RATIVO DIÁRIO

Dr. Eduardo C.L.R. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Quadril

Dr. Eduardo C.L.R. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Quadril
CRM/RN - 6439 - REG. 13540

6439 - EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
19/03/80	18:30	com intubação Também do enclimeto m Lêdo Vtulo com Dito em Dr Edison representou com Alguo SSV Stvil, Spq com recordado transperido do So Para o Guo com Rx mexida so qurtoano	[Signature] Mário Sérgio Fernandes Enfermeiro
19/03	18:35	Pte. recebida na cre. Vin- de de S.O., em maca a- companhada por enferma- gem. Consciente, sensível, em O2 ambiente, vulbi- zando. Vive com A.V.P. em m.s.D. e curativos em f.e. Segue em obs.	[Signature]
	19:00	Administrada Os amp de Tramal + 100 ml de SF09; EV - conforme prescrição médica. Segue em obs.	[Signature] Jurely Aparecida A. Silva Coord. RN 727136-TE
19/03/80	21:10	pt. transferido do cto para posto de Maca, consciente, ori- entado, em O2 ambiente, pequ as unidades da equipe	Felício 12.2008

PC

Quede ca mte, ECTP;
of object feel

TCC of audencia ca ptelego

neurocirurgico

Dr. LIBERATO P. NC

Dr. Wladimir de Oliveira Melo
Neurocirurgião
CRM 6536

Ortopedia 23.12.19 02.23

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANEAMENTO 17.10.2020

SAME/ARQUIVO
mat. 156.343-0

visão de acidente de moto auto

gruete do + exorcismos juvenizados

e do + Edmundo + depredados

antimicro E.

Exame neuromuscular Dr.

fe punção + antimicro E wa

fe duplo rodio (folioar)

verifica de 100 egresso eletro

Cl. exatidão + toda cura robusta

Dr. José Paulo de
Oliveira
CRM 6536

BME: VITIMA DO QUELA COM

UNDO, PORTA TRAMA FAUAL COM

FENOMENOS MULTIPLOS CALIDADE

ONAR E FACE FEITO ATISSERSIA + SUTURA;
AB EXAME DE IMAGEM TC = FRATURA DENTORALV.

CRM 6536
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
SANEAMENTO 17.10.2020

ATA
DA
BME:

Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

NOME							DATA	
Davidson Jacob Alves Bezerra							19/03/2020	
SERVIÇO		ANESTESISTA		CIRURGIÃO				
HMR		Edilene		Grazielle / Eduardo				
IDADE	SEXO	COR	PR. ART.	PULSO	TEMP.	ESTADO FÍSICO	PRÉ-ANESTÉSICO	
29	M		110x70	66		1 2 3 4 5	SOS	
DIAGNOSTICO								

OPERAÇÃO REALIZADA

Itu Frutinha Antelaboracao e.p.					
INÍCIO	TERMINO	DURAÇÃO	ROTINA	EMERGÊNCIA	EXTRA
16-304					

[illegible]

HORA		OBSERVAÇÕES
A	01:15	Difícil de loketizar Faltou Devo 10g Anestesia 10g Remoção 10g LOT 8.0/6 Intubação. 10g Extubado no S.O. sem intubação
G	01:20	
E	01:25	
N	01:30	
T	01:35	
CÓDIGO		
ANESTESIA X	220	
OPERAÇÃO *	200	
INTUBAÇÃO X ENDOTRAQUEAL	180	
	160	
PRES. SISTOL.	V	140
PRES. DISTOL.	A	120
PULSO.	◆	100
		80
RESP. ASSIST.	RA	60
RESP. EXPONT.	RE	40
RESP. CONF.	RC	20
		0
POSIÇÃO		
OBSERVAÇÕES		
		Soro 1500 l. R
		Sangue
		Outros

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

AGENTES EMPREGADOS

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

Dr. Firlson et al. Silva Júnior
Anestesiologista
CRM - FIV 5.600
TEA 95A 15904



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: DAVISON JACO A. BEZERRA Idade: 29 Registro: 454508
Setor: C.C Médico: Dr. Eduardo Enferm./Leito: CC

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
14.03.20	07:15	RECEBO PACIENTE EM CENTRO CIRURGICO DA UNIDADE HOSPITALAR WILSON ROSADO, PROVENIENTE DA SUA RESIDÊNCIA, AO EXAME PACIENTE COM ENCEFALO ÍNTEGRO E PRESERVADO, TÓRAX CÍMBRICO E PRESERVADO, COM FRATURA EM MSE, ABDÔME FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM EDEMAS, PACIENTE EM ESTADO GERAL BOM, NENHUMA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA, REALIZADO SINAIS VITAIS, NORMOTENSA NORMOCORADO, AFEBRIL, O MESMO IRÁ SE SUBMETER A UM PROCEDIMENTO CIRURGICO COM DRº EDUARDO, E SEGUIR AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.	
19.03.20	16:00	PACIENTE TRANSFERIDA PARA SA	
19.03.20	16:10	Paciente transferido ao SA Unidade CC	
19.03.20	16:30	Início do procedimento cirúrgico com + anestesia tubo V:SO com oxigênio com Dr Edison	
19.03.20	16:35	Realizada diágnose com diagnóstico de hérnia	
19.03.20	16:40	Início do procedimento cirúrgico com Dr Edison	
19.03.20	18:10	Terminado o procedimento cirúrgico com anestesia, realizado curativo compressivo em F.O. 100 ml, com SSV 100ml	

Estimar Santiago Dantas
TÉC. ENFERMAGEM
COREN/RN 1.273.268

Estimar Santiago Dantas
TÉC. ENFERMAGEM
COREN/RN 1.273.268

Estimar Santiago Dantas
TÉC. ENFERMAGEM
COREN/RN 1.273.268

Estimar Santiago Dantas
TÉC. ENFERMAGEM
COREN/RN 1.273.268

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

226539 - DAVISON JACO ALVES BEZERRA

Data da internação: 19/03/2020 - 07:02:00 Sexo: M Idade: 29 A, 4 M, 7 D

Convênio: SUS

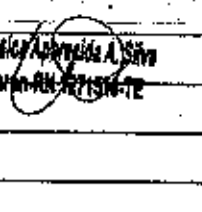
Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 205-04

10/03/2020

Assinatura

PA Temp FC FR Glicemia

8:00:00	PACIENTE INTERNADO NESSE SETOR HOSPITALAR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 29 ANOS, PÓS CORREÇÃO DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA FRATURA RADIO ESQUERDO. EVOLUINDO CONSCIENTE, ORIENTADO, EM TEMPO E ESPAÇO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM AR AMBIENTE, EM DIETA VIA ORAL. AOS SSV: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEICO, EM AA, ACANÓTICA, ANICTÉRICO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <25. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIG: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS AGUARDA E VESICAIS PRESENTES. LIVRE DE EDEMAS. SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATORIA, COM AVP, VIABILIZANDO HV+TM, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUIR AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.	THATTIANE MICHELLE FREITAS DE	Thattiane Michèle F. de Souza Enfermeira COREN-RN 243343
---------	--	--------------------------------------	---

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
19/03/20	18:30	com entubação orotraqueal - Também do procedimento em Lêdo. Tudo com sucesso. Por Dr. Fátima expulsa com sucesso. SSV nível 2. SSV com conduto transtorno do SSV. Passa o cur com RX mixado ao posicionado.	 Maria Clara Fernandes Enfermeira
19/03	18:35	Paciente realida na cama. Vin- do de S.O. em maca, a- companhada por enfermeira. Consciente, sensível, em O2 ambiente, verbaliza- zando. Vibe com A.V.P. em m.s.D. e curativos em f.e. Segue em obs.	 Maria Clara Fernandes Enfermeira
19/03	19:00	Administrado 01 amp de Tramal + 100 ml de SF09% EV. conforme prescrição médica. Segue em obs.	 Maria Clara Fernandes Enfermeira
19/03/20	21:10	At. transferido do obs para posto de observação, Consciente, Ori- entado, em O2 ambiente, peque as cuidados da equipe.	Relatório 12/03/20



HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel: (84) 3818-9000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

226539 - DAVISON JACO ALVES BEZERRA

Data da internação: 19/03/2020 - 07:02:00

Sexo: M

Idade: 29 A, 4 M, 7 D

Convenio: SUS

Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 205-04

19/03/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

4:00:00	RECEBO PACIENTE DO SEXO MASCULINO 29 ANOS DE IDADE POS CIRURGIA FRATURA DE DIAFISE DO RADIO, CONCIENTE E ORIENTADA VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, NORMOTENSA, NORMOCARDICA, EUPNEICA, AFEBRIL EM O2 AMBIENTE COM ACESSO PERIFERICO, COM HV + TERAPIA MEDICAMENTOSA, ACEITA DIETA, DIURESE PRESENTE, CURATIVO LIMPO NO MOMENTO SEM RELATOS DE QUEIXAS E SEGUE EM REPOUSO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. - PA:120x70 TAX:36,00% F.C.:80 F.R.:20 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 96 FiO2: 0 Ventilação: Decúbito:	LIANY CARLOS DE AQUINO	
4:00:00	INICIADA A 1 ETAPA DE SF 500ML IV CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 FiO2: 0 Ventilação: Decúbito:	LIANY CARLOS DE AQUINO	
7:00:00	APÓS AVALIAÇÃO MEDICA RETIRADO AVP E RECEBEU ALTA HOSPITALAR. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 FiO2: 0 Ventilação: Decúbito:	LIANY CARLOS DE AQUINO	

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

1226539 - DAVISON JACO ALVES BEZERRA

Data da internação: 19/03/2020 - 07:02:00 Sexo: M Idade: 29 A, 4 M, 7 D

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 205-04

Profissional Assinatura

20/03/2020

0:00 Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O₂: 0, FI. O₂: 0, Ventilação: , Decúbito: ADMINISTRADO 01 AMP DE DIPIRONA 500MG + ABD, IV, + 01 FR DE CEFALOTINA 1G + ABD, IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

MONALISA

Monalisia Jacara da Costa
 Tec. Enfermagem
 COREN-RN 1359366

4:00 Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O₂: 0, FI. O₂: 0, Ventilação: , Decúbito: ADMINISTRADO 01 AMP DE TRAMAL 50MG + 100ML DE SF 0,9%, IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

MONALISA

Monalisia Jacara da Costa
 Tec. Enfermagem
 COREN-RN 1359366

6:00 Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O₂: 0, FI. O₂: 0, Ventilação: , Decúbito: INICIADA 2ª ETAPA DE SF 0,9% DE 500ML, IV, E ADMINISTRADO 01 AMP DE DIPIRONA 500MG + ABD, IV, + 01 FR DE CEFALOTINA 1G + ABD, IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. REALIZADO LIMPEZA E TROCA DE CURATIVO EM F.O.

MONALISA

Monalisia Jacara da Costa
 Tec. Enfermagem
 COREN-RN 1359366

19/03/2020

21:20 Pa.: 120x80, Temp.: 35,4, FC.: 85, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O₂: 83, FI. O₂: 0, Ventilação: , Decúbito: RECEBEMOS PACIENTE, PÓS DE CORREÇÃO CONSOLIDAÇÃO VICIOSA FRATURA RADIO ESQUERDO, EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, RESPIRANDO EM AMBIENTE O₂, AO EXAME: AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDÍACO, EUPNEICO, ACEITA DIETA POR VO, DIURSE AUSENTE, EVACUAÇÃO AUSENTE, COM CURATIVO EM F.O. LIMPO E SECO, AVP EM MSD, VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO VENOSA + TERAPIA MEDICAMENTOSA, NO MOMENTO SEM RELATOS DE QUEIXA, SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

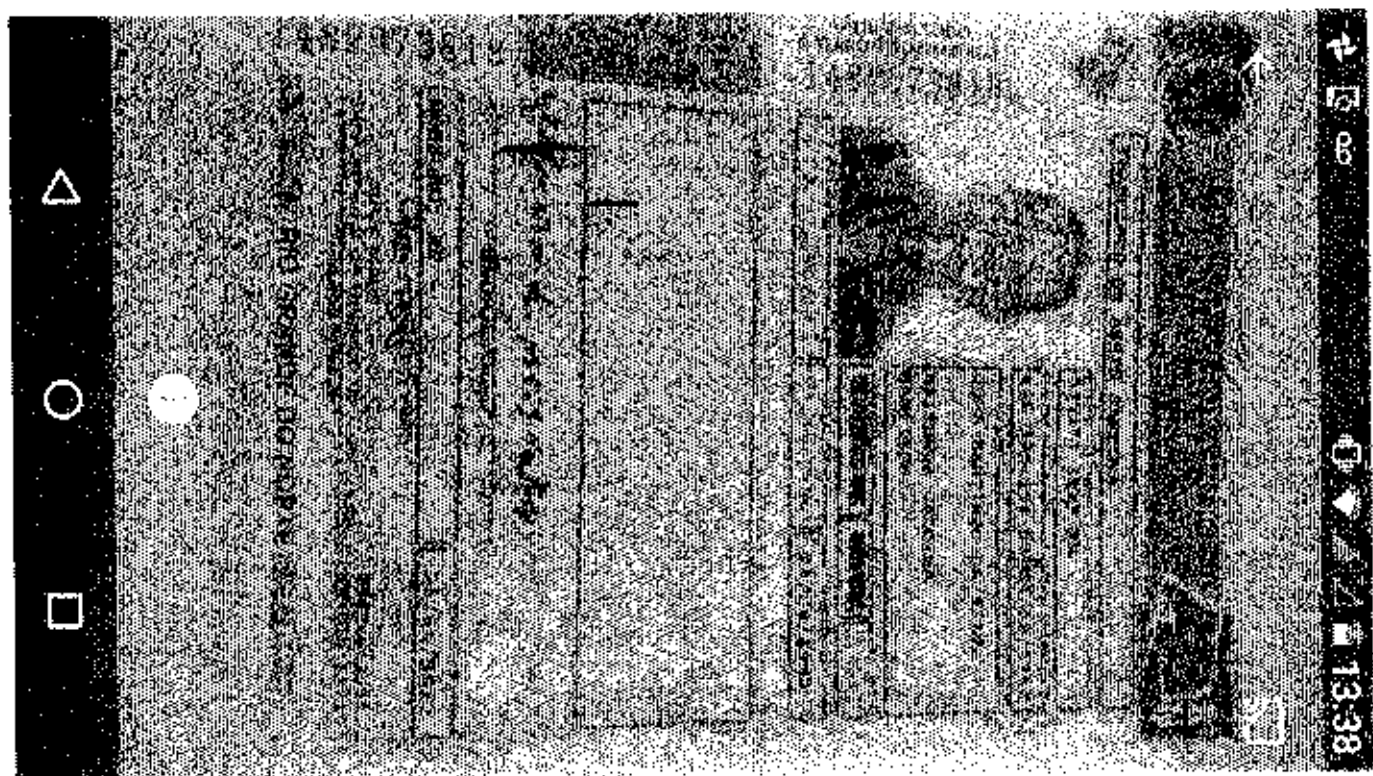
MONALISA

Monalisia Jacara da Costa
 Tec. Enfermagem
 COREN-RN 1359366

22:00 Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O₂: 0, FI. O₂: 0, Ventilação: , Decúbito: INICIADA 1ª ETAPA DE SF 0,9% DE 500ML, IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

MONALISA

Monalisia Jacara da Costa
 Tec. Enfermagem
 COREN-RN 1359366



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: DAVISOM JACO BEZERRA, brasileiro(a),
estado civil: CASADO, Profissão: Montador, Data do Acidente: 22/12/2019
Cobertura: Invalidez, portador(a) do RG 00239246, órgão expedidor
____ e do CPF: 093882054-05 residente no(a)
RUA DODGE, nº 200
bairro: SANTA JULIA, município: MOSSORÓ, / RN.

OUTORGADO:

Nome: Francisco de Assis Santiago, brasileiro(a)
estado civil: Solteiro, Profissão: Atômico, portador(a) do RG
595373, órgão expedidor SE e do CPF: 466395394-53, residente
no(a) Rua Dodge, nº 200
bairro: Santa Julia, município: Monorô, / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Monorô - RN 13/03/2020

Local e Data



Francisco de Assis Santiago

Assinatura do Outorgante

(Declarar a veracidade por autenticidade)

OFÍCIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

Rua Joaquim Nogueira, 60 - Titular: Gisele Chaves Barros Coord.: (84) 3032-2591

E-MAIL

RECIBO DE AUTENTICIDADE

DAVISON JACO ALVES BEZERRA (09388205405)

Contra em: 13/03/2020

SELO DIGITAL: AN2020008571002374VH

Assinatura em: 13/03/2020

MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA SILVA

Substituto: MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA SILVA

CPF: 597.276.914-04

Assinatura em: 13/03/2020

Maria da Conceição de S. Silva

CPF: 597.276.914-04

Assinatura em: 13/03/2020

Maria da Conceição de S. Silva

CPF: 597.276.914-04



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160501/20

Vítima: DAVISON JACO ALVES BEZERRA

CPF: 093.882.054-05

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/12/2019

Titular do CPF: DAVISON JACO ALVES BEZERRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO DE ASSIS SANTIAGO : 466.395.194-53

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

DAVISON JACO ALVES BEZERRA : 093.882.054-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/06/2020
Nome: FRANCISCO DE ASSIS SANTIAGO
CPF: 466.395.194-53

FRANCISCO DE ASSIS SANTIAGO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/06/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200206338

Vítima: DAVISON JACO ALVES BEZERRA

Data do Acidente: 22/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO DE ASSIS SANTIAGO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAVISON JACO ALVES BEZERRA

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, 21 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200206338

Vítima: DAVISON JACO ALVES BEZERRA

Data do Acidente: 22/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO DE ASSIS SANTIAGO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAVISON JACO ALVES BEZERRA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: DAVISON JACO ALVES BEZERRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000036-1

Conta: 00000105282-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

093 882 054-05

Davison JACO ALVES BEZERRA

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

5 - Nome completo: Davison JACO ALVES BEZERRA 6 - CPF: 093 882 054-05
7 - Profissão: Montador 8 - Endereço: Rua Dodge 9 - Número: 260 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Santa Julia 12 - Cidade: Morrão 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 39640-260
15 - E-mail: Nao possui 16 - Tel (DDD): (84) 99821-0066

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0036 1 CONTA: 105.282 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região ou acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (herança)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Morrão - RJ 30/03/2020

X DAVISON JACO ALVES BEZERRA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/05/2020 - Autoatendimento 16:34:41
836074930 1035

TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS CORRENTES

CLIENTE: ~~INACIO RIBEIRO DE OLIVEIRA~~
AGENCIA: ~~2014~~ CONTA: ~~1032-8~~

FAVORECIDO:
AGENCIA: 0036-1 CONTA: 105.282-9
CLIENTE: DAVIDSON J ALVES BEZERRA
VALOR: 800
DATA AGENDADA: 29/05/2020

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



POLÍCIA CIVIL

GABINETE DO DELEGADO-GERAL
DELEGACIA MUNICIPAL DE AREIA BRANCA/RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20-213/2020

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de trânsito.

Data e horário do fato: 22/12/2019, por volta das 21h50min.

Local da Ocorrência: Av. Coronel Sólton de Fronte a loja do Índio, Grossos/RN

COMUNICANTE: DAVISON JACO BEZERRA, RG 002393246 CPF nº 093.882.054-05, brasileiro, casado (com separação de corpos), natural de Ponta Porã/MT, nascido aos 12/11/1990, filho de Lucelena Alves Bezerra, residente e domiciliado na Rua Dodge, nº 200, bairro Santa Julia, Mossoró/RN, telefone: (84) 9 9701-2784.

VITIMA: O COMUNICANTE.

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: Aduz o comunicante que no dia e hora, no local acima citado, que transitava pilotando a motocicleta Yamaha/YBR 125 ED, RENAVAL 00798175290, Chassi 9C6KE042030001286, ano e modelo 2002/2003, de cor vermelha, Placa MYF321-Mossoró/RN, licenciada em nome do comunicante, quando percebeu que uma moto estava lhe seguindo e aumentou a velocidade, no entanto como estava nervoso não conseguiu avistar uma lombada, e ao passar pela mesma perdeu o controle da motocicleta e fora jogado contra o solo, sendo atendido no Hospital Municipal Flaviana Jacinta sendo posteriormente encaminhado ao HURM em Mossoró/RN.

OBS: O comunicante se responsabiliza pelas informações contidas, no presente Boletim de Ocorrência, sob pena de responsabilidade criminal, com vistas no art. 340 do CPB.

Areia Branca/RN, 11 de Março de 2020.

DAVISON JACO ALVES BEZERRA
Comunicante

Lucelena Alves Lima
MT 190.533-3
Polícia Civil

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 093 882 054-05 4 - Nome completo da vítima: Davison Jaco Alves Bezerra

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 495/2012

5 - Nome completo: Davison Jaco Alves Bezerra 6 - CPF: 093 882 054-05
7 - Profissão: Montador 8 - Endereço: Rua Dodge 9 - Número: 200 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Santa Julia 12 - Cidade: Morrão 13 - Estado: PA 14 - CEP: 59640-260
15 - E-mail: Nãe Pomei 16 - Tel. (DDD): (84) 99927-0066

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0036 1 CONTA: 105.282 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nos outros filhos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Morrão - PA 30/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)