
Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200209477

Vítima: FERNANDA ALVES PEREIRA

Data do Acidente: 10/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO SERGINALDO FREITAS MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDA ALVES PEREIRA

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, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200209477

Vítima: FERNANDA ALVES PEREIRA

Data do Acidente: 10/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO SERGINALDO FREITAS MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDA ALVES PEREIRA

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: FERNANDA ALVES PEREIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 004

Agência: 000000033

Conta: 0000049160-9

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

1 - Nº da emissão do ASI: 2 - CPF da vítima: 096.623.944-18 4 - Nome completo da vítima: Fernando Alves Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

5 - Nome completo: Fernando Alves Pereira 6 - CPF: 096.623.944-18
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Antonio Carlos de Carvalho 9 - Nº: 21 10 - Complemento: 2022
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Upanema 13 - Estado: RN 14 - CEP: 55640-000
15 - E-mail: Não Possui 16 - Tel (DDD): 084 995840066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 16 E 25 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\$2.001,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (109)

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: Nordeste

AGÊNCIA: 00033 CONTA: 49160 9

Autorizo a Seguradora LIDER 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 necessitar, às custas da Seguradora LIDER 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 - Dado 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: ☐ Estóveis ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que me apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da respectiva sanção criminal por infração do Artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data:

Upanema RN 28/05/2019
Fernanda A. Pereira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

BANCO DO NORDESTE
EXTRATO P/ SIMPLIS VERIFICACAO
CONTA CORRENTE
EMITIDO EM: 27/12/2019 AS 09:11:00
CONTA CORRENTE: AGENCIA 00033 CONTA 000049160-9
CLIENTE: FERNANDA ALVES PEREIRA
SALDO ANTERIOR 2.399,92 C

26/12/2019
COMPRA CART VISA ELE 008056 100,00 D
PAG J R R 26/12 18:03 2.299,92 C
SALDO

27/12/2019
SAQUE POR CARTAO 750393 2.295,00 D
SALDO 4,92

SALDO TOTAL DA CONTA 4,92 C

DISPONIVEL PARCIAL 4,92 C
POLIANGA CORRENTE 2.299,92
SALDO ANTERIOR 0,00

FUNDO INVESTIMENTO

PREVIA COPIAR

SALDO DISPONIVEL TOTAL

DATA DO ULTIMO MOVIMENTO

20/12/2019
BANCO DO NORDESTE - O BANCO RECIBO C D
DESENVOLVIMENTO

BANCO DO NORDESTE - CLIENTE CONSULTA E
QUINTADIA 0800 728 3030 - WWW.BNR.GOV.BR

0033-0041-19 2-1-1-00



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE UPANEMA-RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 57/2020

Natureza da Ocorrência: Acidente

Local da Ocorrência: Rua Antônio Vitorino, próximo a Churrascaria Wilson e a Churrascaria O Alpendre

Data da Ocorrência: Dia 10/03/2020, por volta das 16h:40min

Comunicante: FERNANDA ALVES PEREIRA, RG Nº 2850719, brasileira, solteira, agricultora, nascida em 13/07/1992, natural de Mossoró-RN, filha de Luzienne Alves Pereira Fernandes, residente e domiciliada na Rua Antônio Carlos de Carvalho, nº 21, Bairro Pêgas, Upanema – RN. Fone: (84) 999262471.

Vítima: A comunicante

Autor do Fato: A Esclarecer

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

A comunicante compareceu a esta Unidade Policial para noticiar que na data e local supracitados, foi vítima de acidente. A comunicante relata que ia buscar o filho no colégio, indo em direção Centro – Pêgas, quando ultrapassou um carro. O motorista do carro não percebendo que a comunicante se deslocava, parou o veículo de forma repentina e abriu a porta, neste momento, a comunicante colidiu com a porta do carro, caindo rapidamente. A comunicante relata que houve fraturas de tibia direita e joelho esquerdo. A motocicleta envolvida no acidente trata-se de uma HONDA CG 125 FAN, ano 2008-2008, chassi 9C2JC30708R159931, PLACA myr8753, renavam 00960111891. Motivo pelo qual registra o presente BO para fins de seguro.

OBS: As informações acima mencionadas são de inteira responsabilidade do comunicante.

Data e Horário do Registro: 29/04/2020, às 09h47min.

Comunicante: Fernanda Alves Pereira

Registrante: APC JOZIVAN COSME DE MEDEIROS

APC JOZIVAN COSME DE MEDEIROS
Mat. 96.491-3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 036 623.944-18 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Fernanda Alves Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo: Fernanda Alves Pereira 6 - CPF: 036 623.944-18
7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Rua Antonio Carlos de Carvalho 9 - Número: 21 10 - Complemento: edc
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Upanema 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59640-000
15 - E-mail: Alves.Pereira 16 - Tel (DDD): (84) 9984.0066

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: ☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (verificar banco) Nome do BANCO: Nordeste

AGÊNCIA: 00033 CONTA: 49160 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo o débito, desde já e somente após a emissão da ordem de crédito, quitando total o 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 perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia 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 anexada apresentada sob a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do 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 ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - 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 tenha filhos, informar: ☐ Sim ☒ Não 30 - Vítima deixou patrimônio? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tenha irmãos, informar: ☐ Sim ☒ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte. Aqueles 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 179 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina o pedido (a pedido):
35 - Nome legal de quem assina o pedido (a pedido):
36 - CPF legal de quem assina o pedido (a pedido):
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a pedido):

38 - 39 - Nome: CPF: Assinatura de testemunha
39 - 40 - Nome: CPF: Assinatura de testemunha

40 - Local e data: Upanema RN 28/05/20
Fernanda A. Pereira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 18/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDA ALVES PEREIRA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00033

CONTA: 000000049160-9

Nr. da Autenticação E2A20A610A7F0A13

COSERN

Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Nereu, 150 - Rêgo, Natal - RN CEP 59050-090
CNPJ 08.324.189/0001-81; Ins. Est. 20/95168-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
FERNANDA ALVES PEREIRA

ENDEREÇO PARA FATEC CONSUMIDORA 21

CPF 099.623.974-18

CONTROLE ÁREA URBANA
URUTEMA RN
59070-000

ENDEREÇO
RESIDENCIAL
Pavilhão de



03/03/2020
05/03/2020
05/03/2020

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh) - TUSD	150,000000	11,7334774	43,10
Consumo Ativo (kWh) - Ue	131,700000	0,2262288	42,76
Consumo Total - Fatura Mensal			85,86
Multa por atraso - NF 03582888 - 08/01/20			1,01
Juros por atraso - NF 03582888 - 08/01/20			0,18
Atualização IGP-M - NF 03582888 - 08/01/20			0,75
TOTAL DA FATURA			87,80

PERÍODO	TIPO DA FATURA	DATA DE VIGÊNCIA	ANTERIOR	RESAL	Nº DE	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
01/01/2020	1	01/01/2020	01/01/2020	01/01/2020	01/01/2020	1,0000		131,70

PERÍODO				PERÍODO			
DATA DE VIGÊNCIA	TIPO DA FATURA	DATA DE VIGÊNCIA	TIPO DA FATURA	DATA DE VIGÊNCIA	TIPO DA FATURA	DATA DE VIGÊNCIA	TIPO DA FATURA
01/01/2020	1	01/01/2020	1	01/01/2020	1	01/01/2020	1
02/01/2020	1	02/01/2020	1	02/01/2020	1	02/01/2020	1
03/01/2020	1	03/01/2020	1	03/01/2020	1	03/01/2020	1
04/01/2020	1	04/01/2020	1	04/01/2020	1	04/01/2020	1
05/01/2020	1	05/01/2020	1	05/01/2020	1	05/01/2020	1
06/01/2020	1	06/01/2020	1	06/01/2020	1	06/01/2020	1
07/01/2020	1	07/01/2020	1	07/01/2020	1	07/01/2020	1
08/01/2020	1	08/01/2020	1	08/01/2020	1	08/01/2020	1
09/01/2020	1	09/01/2020	1	09/01/2020	1	09/01/2020	1
10/01/2020	1	10/01/2020	1	10/01/2020	1	10/01/2020	1
11/01/2020	1	11/01/2020	1	11/01/2020	1	11/01/2020	1
12/01/2020	1	12/01/2020	1	12/01/2020	1	12/01/2020	1
01/02/2020	1	01/02/2020	1	01/02/2020	1	01/02/2020	1
02/02/2020	1	02/02/2020	1	02/02/2020	1	02/02/2020	1
03/02/2020	1	03/02/2020	1	03/02/2020	1	03/02/2020	1
04/02/2020	1	04/02/2020	1	04/02/2020	1	04/02/2020	1
05/02/2020	1	05/02/2020	1	05/02/2020	1	05/02/2020	1
06/02/2020	1	06/02/2020	1	06/02/2020	1	06/02/2020	1
07/02/2020	1	07/02/2020	1	07/02/2020	1	07/02/2020	1
08/02/2020	1	08/02/2020	1	08/02/2020	1	08/02/2020	1
09/02/2020	1	09/02/2020	1	09/02/2020	1	09/02/2020	1
10/02/2020	1	10/02/2020	1	10/02/2020	1	10/02/2020	1
11/02/2020	1	11/02/2020	1	11/02/2020	1	11/02/2020	1
12/02/2020	1	12/02/2020	1	12/02/2020	1	12/02/2020	1
01/03/2020	1	01/03/2020	1	01/03/2020	1	01/03/2020	1
02/03/2020	1	02/03/2020	1	02/03/2020	1	02/03/2020	1
03/03/2020	1	03/03/2020	1	03/03/2020	1	03/03/2020	1
04/03/2020	1	04/03/2020	1	04/03/2020	1	04/03/2020	1
05/03/2020	1	05/03/2020	1	05/03/2020	1	05/03/2020	1
06/03/2020	1	06/03/2020	1	06/03/2020	1	06/03/2020	1
07/03/2020	1	07/03/2020	1	07/03/2020	1	07/03/2020	1
08/03/2020	1	08/03/2020	1	08/03/2020	1	08/03/2020	1
09/03/2020	1	09/03/2020	1	09/03/2020	1	09/03/2020	1
10/03/2020	1	10/03/2020	1	10/03/2020	1	10/03/2020	1
11/03/2020	1	11/03/2020	1	11/03/2020	1	11/03/2020	1
12/03/2020	1	12/03/2020	1	12/03/2020	1	12/03/2020	1
01/04/2020	1	01/04/2020	1	01/04/2020	1	01/04/2020	1
02/04/2020	1	02/04/2020	1	02/04/2020	1	02/04/2020	1
03/04/2020	1	03/04/2020	1	03/04/2020	1	03/04/2020	1
04/04/2020	1	04/04/2020	1	04/04/2020	1	04/04/2020	1
05/04/2020	1	05/04/2020	1	05/04/2020	1	05/04/2020	1
06/04/2020	1	06/04/2020	1	06/04/2020	1	06/04/2020	1
07/04/2020	1	07/04/2020	1	07/04/2020	1	07/04/2020	1
08/04/2020	1	08/04/2020	1	08/04/2020	1	08/04/2020	1
09/04/2020	1	09/04/2020	1	09/04/2020	1	09/04/2020	1
10/04/2020	1	10/04/2020	1	10/04/2020	1	10/04/2020	1
11/04/2020	1	11/04/2020	1	11/04/2020	1	11/04/2020	1
12/04/2020	1	12/04/2020	1	12/04/2020	1	12/04/2020	1
01/05/2020	1	01/05/2020	1	01/05/2020	1	01/05/2020	1
02/05/2020	1	02/05/2020	1	02/05/2020	1	02/05/2020	1
03/05/2020	1	03/05/2020	1	03/05/2020	1	03/05/2020	1
04/05/2020	1	04/05/2020	1	04/05/2020	1	04/05/2020	1
05/05/2020	1	05/05/2020	1	05/05/2020	1	05/05/2020	1
06/05/2020	1	06/05/2020	1	06/05/2020	1	06/05/2020	1
07/05/2020	1	07/05/2020	1	07/05/2020	1	07/05/2020	1
08/05/2020	1	08/05/2020	1	08/05/2020	1	08/05/2020	1
09/05/2020	1	09/05/2020	1	09/05/2020	1	09/05/2020	1
10/05/2020	1	10/05/2020	1	10/05/2020	1	10/05/2020	1
11/05/2020	1	11/05/2020	1	11/05/2020	1	11/05/2020	1
12/05/2020	1	12/05/2020	1	12/05/2020	1	12/05/2020	1
01/06/2020	1	01/06/2020	1	01/06/2020	1	01/06/2020	1
02/06/2020	1	02/06/2020	1	02/06/2020	1	02/06/2020	1
03/06/2020	1	03/06/2020	1	03/06/2020	1	03/06/2020	1
04/06/2020	1	04/06/2020	1	04/06/2020	1	04/06/2020	1
05/06/2020	1	05/06/2020	1	05/06/2020	1	05/06/2020	1
06/06/2020	1	06/06/2020	1	06/06/2020	1	06/06/2020	1
07/06/2020	1	07/06/2020	1	07/06/2020	1	07/06/2020	1
08/06/2020	1	08/06/2020	1	08/06/2020	1	08/06/2020	1
09/06/2020	1	09/06/2020	1	09/06/2020	1	09/06/2020	1
10/06/2020	1	10/06/2020	1	10/06/2020	1	10/06/2020	1
11/06/2020	1	11/06/2020	1	11/06/2020	1	11/06/2020	1
12/06/2020	1	12/06/2020	1	12/06/2020	1	12/06/2020	1
01/07/2020	1	01/07/2020	1	01/07/2020	1	01/07/2020	1
02/07/2020	1	02/07/2020	1	02/07/2020	1	02/07/2020	1
03/07/2020	1	03/07/2020	1	03/07/2020	1	03/07/2020	1
04/07/2020	1	04/07/2020	1	04/07/2020	1	04/07/2020	1
05/07/2020	1	05/07/2020	1	05/07/2020	1	05/07/2020	1
06/07/2020	1	06/07/2020	1	06/07/2020	1	06/07/2020	1
07/07/2020	1	07/07/2020	1	07/07/2020	1	07/07/2020	1
08/07/2020	1	08/07/2020	1	08/07/2020	1	08/07/2020	1
09/07/2020	1	09/07/2020	1	09/07/2020	1	09/07/2020	1
10/07/2020	1	10/07/2020	1	10/07/2020	1	10/07/2020	1
11/07/2020	1	11/07/2020	1	11/07/2020	1	11/07/2020	1
12/07/2020	1	12/07/2020	1	12/07/2020	1	12/07/2020	1
01/08/2020	1	01/08/2020	1	01/08/2020	1	01/08/2020	1
02/08/2020	1	02/08/2020	1	02/08/2020	1	02/08/2020	1
03/08/2020	1	03/08/2020	1	03/08/2020	1	03/08/2020	1
04/08/2020	1	04/08/2020	1	04/08/2020	1	04/08/2020	1
05/08/2020	1	05/08/2020	1	05/08/2020	1	05/08/2020	1
06/08/2020	1	06/08/2020	1	06/08/2020	1	06/08/2020	1
07/08/2020	1	07/08/2020	1	07/08/2020	1	07/08/2020	1
08/08/2020	1	08/08/2020	1	08/08/2020	1	08/08/2020	1
09/08/2020	1	09/08/2020	1	09/08/2020	1	09/08/2020	1
10/08/2020	1	10/08/2020	1	10/08/2020	1	10/08/2020	1
11/08/2020	1	11/08/2020	1	11/08/2020	1	11/08/2020	1
12/08/2020	1	12/08/2020	1	12/08/2020	1	12/08/2020	1
01/09/2020	1	01/09/2020	1	01/09/2020	1	01/09/2020	1
02/09/2020	1	02/09/2020	1	02/09/2020	1	02/09/2020	1
03/09/2020	1	03/09/2020	1	03/09/2020	1	03/09/2020	1
04/09/2020	1	04/09/2020	1	04/09/2020	1	04/09/2020	1
05/09/2020	1	05/09/2020	1	05/09/2020	1	05/09/2020	1
06/09/2020	1	06/09/2020	1	06/09/2020	1	06/09/2020	1
07/09/2020	1	07/09/2020	1	07/09/2020	1	07/09/2020	1
08/09/2020	1	08/09/2020	1	08/09/2020	1	08/09/2020	1
09/09/2020	1	09/09/2020	1	09/09/2020	1	09/09/2020	1
10/09/2020	1	10/09/2020	1	10/09/2020	1	10/09/2020	1
11/09/2020	1	11/09/2020	1	11/09/2020	1	11/09/2020	1
12/09/2020	1	12/09/2020	1	12/09/2020	1	12/09/2020	1
01/10/2020	1	01/10/2020	1	01/10/2020	1	01/10/2020	1
02/10/2020	1	02/10/2020	1	02/10/2020	1	02/10/2020	1
03/10/2020	1	03/10/2020	1	03/10/2020	1	03/10/2020	1
04/10/2020	1	04/10/2020	1	04/10/2020	1	04/10/2020	1
05/10/2020	1	05/10/2020	1	05/10/2020	1	05/10/2020	1
06/10/2020	1	06/10/2020	1	06/10/2020	1	06/10/2020	1
07/10/2020	1	07/10/2020	1	07/10/2020	1	07/10/2020	1
08/10/2020	1	08/10/2020	1	08/10/2020	1	08/10/2020	1
09/10/2020	1	09/10/2020	1	09/10/2020	1	09/10/2020	1
10/10/2020	1	10/10/2020	1	10/10/2020	1	10/10/2020	1
11/10/2020	1	11/10/2020	1	11/10/2020	1	11/10/2020	1
12/10/2020	1	12/10/2020	1	12/10/2020	1	12/10/2020	1
01/11/2020	1	01/11/2020	1	01/11/2020	1	01/11/2020	1
02/11/2020	1	02/11/2020	1	02/11/2020	1	02/11/2020	1
03/11/2020	1	03/11/2020	1	03/11/2020	1	03/11/2020	1
04/11/2020	1	04/11/2020	1	04/11/2020	1	04/11/2020	1
05/11/2020	1	05/11/2020	1	05/11/2020	1	05/11/2020	1
06/11/2020	1	06/11/2020	1	06/11/2020	1	06/11/2020	1
07/11/2020	1	07/11/2020	1	07/11/2020	1	07/11/2020	1
08/11/2020	1	08/11/2020	1	08/11/2020	1	08/11/2020	1
09/11/2020	1	09/11/2020	1	09/11/2020	1	09/11/2020	1
10/11/2020	1	10/11/2020	1	10/11/2020	1	10/11/2020	1
11/11/2020	1	11/11/2020	1	11/11/2020	1	11/11/2020	1
12/11/2020	1	12/11/2020	1	12/11/2020	1	12/11/2020	1
01/12/2020	1	01/12/2020	1	01/12/2020	1	01/12/2020	1
02/12/2020	1	02/12/2020	1	02/12/2020	1	02/12/2020	1
03/12/2020	1	03/12/2020	1	03/12/2020	1	03/12/2020	1
04/12/2020	1	04/12/2020	1	04/12/2020	1	04/12/2020	1
05/12/2020	1	05/12/2020	1	05/12/2020	1	05/12/2020	1
06/12/2020	1	06/12/2020	1	06/12/2020	1	06/12/2020	1
07/12/2020	1	07/12/2020	1	07/12/2020	1	07/12/2020	1
08/12/2020	1	08/12/2020					

COSERN

Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Nereu, 150 - Rêgo, Natal - RN CEP 59050-090
CNPJ 08.324.189/0001-81; Ins. Est. 20/95168-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
FERNANDA ALVES PEREIRA

ENDEREÇO PARA FATEC CONSUMIDORA 21

CPF 099.623.974-18

CONTROLE ÁREA URBANA
URUTEMA RN
59070-000

BY RESERVAÇÃO
RESIDENCIAL
Pavilhão cc



03/03/2020 05/03/2020 05/03/2020
05/03/2020 05/03/2020 05/03/2020

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh) - TUSD	150,000000	11,7334774	43,10
Consumo Ativo (kWh) - Ue	131,700000	0,2262286	42,76
Consumo Total - Fator de Correção			0,66
Multa por atraso - NF 03582888 - 08/01/20			1,01
Juros por atraso - NF 03582888 - 08/01/20			0,18
Atualização IGP-M - NF 03582888 - 08/01/20			0,76
TOTAL DA FATURA			97,88

PERÍODO	Tipo da Fatura	Anterior	Atual	Nº de	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
01/01/2020	1	01/01/2020	01/01/2020	1	1,0000		131,70

PERÍODO				Tipo da Fatura		Anterior		Atual		Nº de		Constante	
NAN 20 130				1		01/01/2020		01/01/2020		1		1,0000	
TEL 20 160				1		01/01/2020		02/01/2020		1		1,0000	
JAN 20 170				1		02/01/2020		03/01/2020		1		1,0000	
FEB 19 120				1		03/01/2020		04/01/2020		1		1,0000	
MAR 19 110				1		04/01/2020		05/01/2020		1		1,0000	
ABR 19 11				1		05/01/2020		06/01/2020		1		1,0000	
MAY 19 102				1		06/01/2020		07/01/2020		1		1,0000	
JUN 19 131				1		07/01/2020		08/01/2020		1		1,0000	
JUL 19 132				1		08/01/2020		09/01/2020		1		1,0000	
AGO 19 151				1		09/01/2020		10/01/2020		1		1,0000	
SET 19 16				1		10/01/2020		11/01/2020		1		1,0000	
OCT 19				1		11/01/2020		12/01/2020		1		1,0000	
NOV 19				1		12/01/2020		01/02/2020		1		1,0000	
DEZ 19				1		01/02/2020		02/02/2020		1		1,0000	
JAN 20				1		02/02/2020		03/02/2020		1		1,0000	
FEB 20				1		03/02/2020		04/02/2020		1		1,0000	
MAR 20				1		04/02/2020		05/02/2020		1		1,0000	
ABR 20				1		05/02/2020		06/02/2020		1		1,0000	
MAY 20				1		06/02/2020		07/02/2020		1		1,0000	
JUN 20				1		07/02/2020		08/02/2020		1		1,0000	
JUL 20				1		08/02/2020		09/02/2020		1		1,0000	
AGO 20				1		09/02/2020		10/02/2020		1		1,0000	
SET 20				1		10/02/2020		11/02/2020		1		1,0000	
OCT 20				1		11/02/2020		12/02/2020		1		1,0000	
NOV 20				1		12/02/2020		01/03/2020		1		1,0000	
DEZ 20				1		01/03/2020		02/03/2020		1		1,0000	
JAN 21				1		02/03/2020		03/03/2020		1		1,0000	
FEB 21				1		03/03/2020		04/03/2020		1		1,0000	
MAR 21				1		04/03/2020		05/03/2020		1		1,0000	
ABR 21				1		05/03/2020		06/03/2020		1		1,0000	
MAY 21				1		06/03/2020		07/03/2020		1		1,0000	
JUN 21				1		07/03/2020		08/03/2020		1		1,0000	
JUL 21				1		08/03/2020		09/03/2020		1		1,0000	
AGO 21				1		09/03/2020		10/03/2020		1		1,0000	
SET 21				1		10/03/2020		11/03/2020		1		1,0000	
OCT 21				1		11/03/2020		12/03/2020		1		1,0000	
NOV 21				1		12/03/2020		01/04/2020		1		1,0000	
DEZ 21				1		01/04/2020		02/04/2020		1		1,0000	
JAN 22				1		02/04/2020		03/04/2020		1		1,0000	
FEB 22				1		03/04/2020		04/04/2020		1		1,0000	
MAR 22				1		04/04/2020		05/04/2020		1		1,0000	
ABR 22				1		05/04/2020		06/04/2020		1		1,0000	
MAY 22				1		06/04/2020		07/04/2020		1		1,0000	
JUN 22				1		07/04/2020		08/04/2020		1		1,0000	
JUL 22				1		08/04/2020		09/04/2020		1		1,0000	
AGO 22				1		09/04/2020		10/04/2020		1		1,0000	
SET 22				1		10/04/2020		11/04/2020		1		1,0000	
OCT 22				1		11/04/2020		12/04/2020		1		1,0000	
NOV 22				1		12/04/2020		01/05/2020		1		1,0000	
DEZ 22				1		01/05/2020		02/05/2020		1		1,0000	
JAN 23				1		02/05/2020		03/05/2020		1		1,0000	
FEB 23				1		03/05/2020		04/05/2020		1		1,0000	
MAR 23				1		04/05/2020		05/05/2020		1		1,0000	
ABR 23				1		05/05/2020		06/05/2020		1		1,0000	
MAY 23				1		06/05/2020		07/05/2020		1		1,0000	
JUN 23				1		07/05/2020		08/05/2020		1		1,0000	
JUL 23				1		08/05/2020		09/05/2020		1		1,0000	
AGO 23				1		09/05/2020		10/05/2020		1		1,0000	
SET 23				1		10/05/2020		11/05/2020		1		1,0000	
OCT 23				1		11/05/2020		12/05/2020		1		1,0000	
NOV 23				1		12/05/2020		01/06/2020		1		1,0000	
DEZ 23				1		01/06/2020		02/06/2020		1		1,0000	
JAN 24				1		02/06/2020		03/06/2020		1		1,0000	
FEB 24				1		03/06/2020		04/06/2020		1		1,0000	
MAR 24				1		04/06/2020		05/06/2020		1		1,0000	
ABR 24				1		05/06/2020		06/06/2020		1		1,0000	
MAY 24				1		06/06/2020		07/06/2020		1		1,0000	
JUN 24				1		07/06/2020		08/06/2020		1		1,0000	
JUL 24				1		08/06/2020		09/06/2020		1		1,0000	
AGO 24				1		09/06/2020		10/06/2020		1		1,0000	
SET 24				1		10/06/2020		11/06/2020		1		1,0000	
OCT 24				1		11/06/2020		12/06/2020		1		1,0000	
NOV 24				1		12/06/2020		01/07/2020		1		1,0000	
DEZ 24				1		01/07/2020		02/07/2020		1		1,0000	
JAN 25				1		02/07/2020		03/07/2020		1		1,0000	
FEB 25				1		03/07/2020		04/07/2020		1		1,0000	
MAR 25				1		04/07/2020		05/07/2020		1		1,0000	
ABR 25				1		05/07/2020		06/07/2020		1		1,0000	
MAY 25				1		06/07/2020		07/07/2020		1		1,0000	
JUN 25				1		07/07/2020		08/07/2020		1		1,0000	
JUL 25				1		08/07/2020		09/07/2020		1		1,0000	
AGO 25				1		09/07/2020		10/07/2020		1		1,0000	
SET 25				1		10/07/2020		11/07/2020		1		1,0000	
OCT 25				1		11/07/2020		12/07/2020		1		1,0000	
NOV 25				1		12/07/2020		01/08/2020		1		1,0000	
DEZ 25				1		01/08/2020		02/08/2020		1		1,0000	
JAN 26				1		02/08/2020		03/08/2020		1		1,0000	
FEB 26				1		03/08/2020		04/08/2020		1		1,0000	
MAR 26				1		04/08/2020		05/08/2020		1		1,0000	
ABR 26				1		05/08/2020		06/08/2020		1		1,0000	
MAY 26				1		06/08/2020		07/08/2020		1		1,0000	
JUN 26				1		07/08/2020		08/08/2020		1		1,0000	
JUL 26				1		08/08/2020		09/08/2020		1		1,0000	
AGO 26				1		09/08/2020		10/08/2020		1		1,0000	
SET 26				1		10/08/2020		11/08/2020		1		1,0000	
OCT 26				1		11/08/2020		12/08/2020		1		1,0000	
NOV 26				1		12/08/2020		01/09/2020		1		1,0000	
DEZ 26				1		01/09/2020		02/09/2020		1		1,0000	
JAN 27				1		02/09/2020		03/09/2020		1		1,0000	
FEB 27				1		03/09/2020		04/09/2020		1		1,0000	
MAR 27				1		04/09/2020		05/09/2020		1		1,0000	
ABR 27				1		05/09/2020		06/09/2020		1		1,0000	
MAY 27				1		06/09/2020		07/09/2020		1		1,0000	
JUN 27				1		07/09/2020		08/09/2020		1		1,0000	
JUL 27				1		08/09/2020		09/09/2020		1		1,0000	
AGO 27				1		09/09/2020		10/09/2020		1		1,0000	
SET 27				1		10/09/2020		11/09/2020		1		1,0000	
OCT 27				1		11/09/2020		12/09/2020		1		1,0000	
NOV 27				1		12/09/2020		01/10/2020		1		1,0000	
DEZ 27				1		01/10/2020		02/10/2020		1		1,0000	
JAN 28				1		02/10/2020		03/10/2020		1		1,0000	
FEB 28				1		03/10/2020		04/10/2020		1		1,0000	
MAR 28				1		04/10/2020		05/10/2020		1		1,0000	
ABR 28				1		05/10/2020		06/10/2020		1		1,0000	
MAY 28				1		06/10/2020		07/10/2020		1		1,0000	
JUN 28				1		07/10/2020		08/10/2020		1		1,0000	
JUL 28				1		08/10/2020		09/10/2020		1		1,0000	
AGO 28				1		09/10/2020		10/10/2020		1		1,0000	
SET 28				1		10/10/2020		11/10/2020		1		1,0000	
OCT 28				1		11/10/2020		12/10/2020		1		1,0000	
NOV 28				1		12/10/2020		01/11/2020		1		1,0000	
DEZ 28				1		01/11/2020		02/11/2020		1		1,0000	
JAN 29				1		02/11/2020		03/11/2020		1		1,0000	
FEB 29				1		03/11/2020		04/11/2020		1		1,0000	
MAR 29				1		04/11/2020		05/11/2020		1		1,0000	
ABR 29				1		05/11/2020		06/11/2020		1		1,0000	
MAY 29				1		06/11/2020		07/11/2020		1		1,0000	
JUN 29				1		07/11/2020		08/11/2020		1		1,0000	
JUL 29				1		08/11/2020		09/11/2020		1		1,0000	
AGO 29				1		09/11/2020		10/11/2020		1		1,0000	
SET 29				1		10/11/2020		11/11/2020		1		1,0000	
OCT 29				1		11/11/2020		12/11/2020		1		1,0000	
NOV 29				1		12/11/2020		01/12/2020		1		1,0000	
DEZ 29				1		01/12/2020		02/12/2020		1		1,0000	
JAN 30				1		02/12/2020		03/12/2020		1		1,0000	
FEB 30				1		03/12/2020		04/12/2020		1		1,0000	
MAR 30				1		04/12/2020		05/12/2020		1		1,0000	
ABR 30				1		05/12/2020		06/12/2020		1		1,0000	
MAY 30				1		06/12/2020		07/12/2020		1		1,0000	
JUN 30				1		07/12/2020		08/12/2020		1		1,0000	
JUL 30				1		08/12/2020		09/12/2020		1		1,0000	
AGO 30				1		09/12/2020		10/12/2020		1		1,0000	
SET 30				1		10/12/2020		11/12/2020		1		1,0000	
OCT 30				1		11/12/2020		12/12/2020		1		1,0000	
NOV 30				1		12/12/2020		01/01/2021		1			



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradonalider.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: 0800-1855 / Outras regiões: 0800-022 22 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022 01 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022 17 06 | Central Direção: 0800-021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=18&CODIGO=29538>

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 COAF*.

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

Pelo exposto, eu Antônio Gerginoldo Freitas Marques
inscrito (a) no CPF/CNEP: 062.492.164 / 64, na qualidade de Procurador (e) / Intermediário (n) do Beneficiário
Fernanda Alves Pereira inscrito (a) no CPF sob o nº 096.623.944 / 18
do sinistro de DPVAT cobertura Invóluculo da vítima Fernanda Alves Pereira
inscrito (a) no CPF sob o nº 096.623.944 / 18 confirma determinação da Circular Susep 445/12:
Declara Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresenta os documentos comprobatórios:
☒ Recusa informar

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

Endereço: <u>Antônio eules de Carvalho</u>	Número: <u>23</u>	Complemento: <u>caso</u>
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Upanema</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>alves.pereira</u>		CPF: <u>59640-000</u>
		Tel. (DDD):

Local e Data: Upanema RN 28/05/20

Antônio Gerginoldo Freitas Marques
Assinatura do Declarante



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE UPANEMA
RUA JOÃO FRANCISCO, 90, CENTRO
CNPJ (MF) 08.085.771/0001-30



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE RAIMUNDO NONATO CÂNDIDO

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME Fernando Alves Pereira REG. 487.250
D. NASC. 13 07 92 COR LA SEXO F EST. CIVIL solteira
NATURALIDADE Upanema PROFISSÃO agricultora
END. R: Antonio Carlos de Carvalho CIDADE Upanema
DATA ATENDIMENTO 10 03 2020 HORA ATENDIMENTO 17:10
ATEND. 1ª VEZ ☐
SUBSEQUENTE ☒ RESP. PREENCHIMENTO meu filho

TA 120x80 mmHg PULSO ☐ RESPIRAÇÃO ☐ TE ☐ PESO ☐

Paciente vítima de Acidente Moto/carro, às 16:40h
Do Exame: consciente, Orientada.
A - Via Aérea permeável, sem cervicalgia
B - Boa ventilação, simétrica Sat 98% FC: 102bpm
C - Sinais de choque.
D - PFR, GL 15.
E - Fratura de tíbia (D), fechada, estável

ENFERMEIRO - CARIMBO

cd: Regulado Ortopedia HRTM - Dr João Francisco 17:20h

ra Paula Thissiany de O. Gurgel

Médica
CRM/RN 10.115

MÉDICO - CARIMBO

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DESTINO DO PACIENTE

FICOU NO LOCAL ()
INTER. NO SERV. DE _____

REMOVIDO Motomoto
HORA 18:00 PARA H. R. T. M.

ALTA POR ORDEM MÉDICA ()
A PEDIDO ()
A REVELIA ()
DATA 10 03 2020

ÓBITO
HORA

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS-MAIA
Executante: O solicitante ou

CNES: 2503689
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **58764 FERNANDA ALVES PEREIRA**
CNS: Nascimento: 13/07/1992 Sexo: Feminino
Mãe: LUZIENE ALVES PEREIRA FERNANDES Pai:
Endereço: RUA ANTONIO CARLO DE CARVALHO, 21 - UPANEMA - UPANEMA
Município: UPANEMA Código Municipal IBGE: 241460 UF: RN

Prontuário:
Cor: PARDA

Fone: 99262471 /
CEP: 59670-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo: 371 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM MEMBROS INFERIORES
RADIOGRAFIA EVIDENCIANDO FRATURA FECHADA DE OSSOS DA PERNA DIREITA E FECHADA DE PATELA
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RADIOGRAFIA E EXAME FÍSICO

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

0308010019
82.2 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA *408030225 REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISÁRIA / LESÃO FISÁRIA DIST

102-3
1999
Profissional Solicitante / Assistente:

PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO

CRM: 5924 / RN

Data da Solicitação 10/03/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:
() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:
() Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:
Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Órgão Emissor: Nº Autorização da AIH:

Documento: () CNS () CPF nº

Data da Autorização: / / Assinatura/Carimbo:

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 17/03/2020

SAME / ARQUIVO

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 1242 /2020

Prontuário: 212418

Paciente: 58764 - FERNANDA ALVES PEREIRA
Cartão SUS: 708108878238510 CPF: 09662397418
Idade: 27 anos 7 meses 28 dias Sexo: F Etnia: PARDA
Nome da mãe: LUZIENNE ALVES PEREIRA FERNANDES
Nome do pai: NADA CONSTA
Rua/Av: ANTONIO CARLOS DE CARVALHO
Complemento:
CEP: 59670000
Telefone: 84 99262471 84 99262471
Especialidade: CLÍNICA CIRURGICA
Responsável: FERNANDA ALVES PEREIRA -
Usuário: SONIA MARIA DA SILVA

Dt Nasc: 13/07/1992
Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nº: 21
Bairro: PEGAS

Cidade: UPANEMA

Unidade: OBS FEMININA

Leito: 1. 26E

Admissão: 10/03/2020 19:56:48 Alta: Obito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.2 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
408050225 -

HISTORIA CLINICA

Paciente sofreu com queda da perna D e
fratura do pé.
CID: S82.2 - fratura da tibia
internamento

Dr. Paulo Roberto de Sousa Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
TEO 14391
CRM 14391

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORO

SANE / ARQUIVO

MOSSORO, 10 de Março de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: FERNANDA ALVES PEREIRA Idade: _____ Nº Reg. _____

Serviço: Neumologia Entº: 302 Leito: 04

AO SERVIÇO: Cardiologia

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Suave risco cirúrgico

Mossoró, 12 de 03 de 2020

Dr. Vítor André
ORÇ. 111/1111111111
11/11/2020
Médico que solicita o parecer

PARECER: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTABELECE-SE O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 17/03/2020

SAME / ARQUIVO



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE UPANEMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL

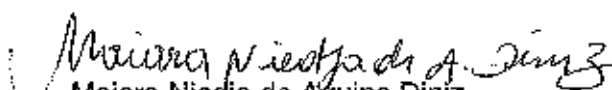
CNPJ Nº 13.911.008.0001-51

Av. 16 de Setembro, nº 08 – Ladeira do Sol – Upanema /RN – Fone (84) 3325-0009

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Senhora **FERNANDA ALVES PEREIRA** inscrita no CPF Nº **096.623.974-18**, RG Nº **003.308.803** cadastrada no cadastro único para programas sociais do Governo Federal (CadÚnico) com NIS: **1620390517-9** desde o dia 02 de Dezembro de 2011. De acordo com as informações declaradas pelo responsável legal da família, é residente na Rua Antonio Carlos de Carvalho, Nº 21, Município de Upanema RN, há 04 (quatro) pessoas na família. A renda familiar mensal é de R\$ 200,00 e per capita de R\$ 50,00 por pessoa. De acordo com informações do SIBEC (Sistema de benefícios ao cidadão) a mesma é beneficiária do Programa Bolsa Família.

Upanema – RN, 17 Março de 2020.


Maiara Niedja de Aquino Diniz

Coordenadora do Programa Bolsa Família e Cadastro Único



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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **FERNANDA ALVES PEREIRA** (Fia: 1242/2020), CPF:09662397418.

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

Mossoró/RN, 10 de Março de 2020.

Fernanda Alves Pereira

Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA

16/03/2020

Rafaela
Assinatura

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

DATA

16/03/2020

[Assinatura]
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

[Assinatura]
SAME / ARQUIVO



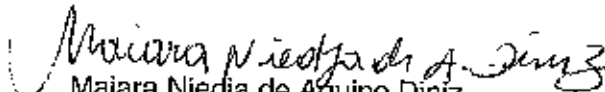
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE UPANEMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL
CNPJ Nº 13.911.008.0001-51

Av. 16 de Setembro, nº 08 – Ladeira do Sol – Upanema /RN – Fone (84) 3325-0009

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Senhora **FERNANDA ALVES PEREIRA** inscrita no CPF Nº **096.623.974-18**, RG Nº **003.308.803** cadastrada no cadastro único para programas sociais do Governo Federal (CadÚnico) com NIS: **1620390517-9** desde o dia 02 de Dezembro de 2011. De acordo com as informações declaradas pelo responsável legal da família, é residente na Rua Antonio Carlos de Carvalho, Nº 21, Município de Upanema RN, há 04 (quatro) pessoas na família. A renda familiar mensal é de R\$ 200,00 e per capita de R\$ 50,00 por pessoa. De acordo com informações do SIBEC (Sistema de benefícios ao cidadão) a mesma é beneficiária do Programa Bolsa Família.

Upanema – RN, 17 Março de 2020.


Maiara Niedja de Aquino Diniz

Coordenadora do Programa Bolsa Família e Cadastro Único



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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **FERNANDA ALVES PEREIRA** (Fia: 1242/2020), CPF:09662397418.

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

Mossoró/RN, 10 de Março de 2020.

Fernanda Alves Pereira
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 16/03/2020

Rafael
Assinatura

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

DATA 16/03/2020

[Assinatura]
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 17/03/2020

[Assinatura]
SAME / ARQUIVO

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

CNES: 2503689

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **58764 FERNANDA ALVES PEREIRA**

Prontuário:

CNS:

Nascimento: 13/07/1992

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: LUZIENE ALVES PEREIRA FERNANDES

Pat:

Endereço: RUA ANTONIO CARLO DE CARVALHO, 21 - UPANEMA - UPANEMA

Fone: 99262471 /

Município: UPANEMA

Código Municipal IBGE:

241460 UF: RN

CEP: 59670-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo: 371 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM MEMBROS INFERIORES

RADIOGRAFIA EVIDENCIANDO FRATURA FECHADA DE OSSOS DA PERNA DIREITA E FECHADA DE PATELA

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RADIOGRAFIA E EXAME FÍSICO

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

S82.2 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA*46850225 REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESÃO FISARIA DIST

Profissional Solicitante / Assistente:

PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO

CRM: 5924 / RN

Data da Solicitação 10/03/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)☐ Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____

☐ Acidente de Trabalho Típico☐ Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____Vínculo com previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____ Nº Autorização da AIH: _____

Documento: ☐ CNS ☐ CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 17/03/2020

SAME / ARQUIVO

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 1242 /2020

Prontuário: 212418

Paciente: 58764 - FERNANDA ALVES PEREIRA

Cartão SUS: 708108878238510

CPF: 09662397418

Dt Nasc: 13/07/1992

Idade: 27 anos 7 meses 28 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: LUZIENNE ALVES PEREIRA FERNANDES

Nome do pai: NADA CONSTA

Rua/Av: ANTONIO CARLOS DE CARVALHO

Nº: 21

Complemento:

Bairro: PEGAS

CEP: 59670000

Cidade: UPANEMA

Telefone: 84 99262471 84 99262471

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Unidade: OBS FEMININA

Leito: 1. 26E

Responsável: FERNANDA ALVES PEREIRA -

Usuário: SONIA MARIA DA SILVA

Admissão: 10/03/2020 19:56:48

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.2 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
408050225 -

HISTORIA CLINICA

Paciente Admisão de trauma do membro D e
Fratura de rádio.
e D. Imobilização
internamento

Dr. Paulo Roberto de Faria
Ortopedia e Traumatologia
TEO 14391
CRM 14391

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 14/03/2020

SAME / ARQUIVO

MOSSORÓ, 10 de Março de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Fernanda Alves Pereira. Idade: _____ Nº Reg. _____

Serviço: TRAUMATOLOGIA. Enº: 302 Leito: 04,

AO SERVIÇO: CARDIOLOGIA.

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Sujeito Risco Cirurgico

Mossoró, 12 de 03 de 2020

Dr. Vicente Augusto
COORDENADOR GERAL
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

México que solicita o parecer

PARECER: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 12/03/2020

SAME / ARQUIVO

12/03/2020

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

Nome: FERNANDA ALVES FONEIRA
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC
DATA DA ADMISSÃO: 18/03/2020

27 ANOS
Leitos: 302-4
UPANEMA-RN
CODIGO: 58764

DATA: 18/03/2020
EVOLUÇÃO
Nº fraturas: 02 2º DHI POR FX OSSOS DA PERNA DIREITA - EM USO DE TALA INGUINOPODALICA E FX FECHADA DE PATELA ESQUERDA - EM USO DE TALA JOELHOFEIRA (ALERGIA A BEZETA CH)

Q1º DOR EM MEMBRO ACOMETIDO

EF: BEG, COTE, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA E AFEBRIL

ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO. BNF

AR: MV+ EM AMBOS HEMITORAX. SRA.

ABD: PLANO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA

MID: NEUROVASCULAR PRESERVADO, SEM SINAIS DE TVP.

MIE: NEUROVASCULAR PRESERVADO, SEM SINAIS DE TVP.

SITUAÇÃO:

SOLICITAÇÃO PARA INCLUSÃO NO SISREG PREENCHIDA E ANEXADA - AGUARDA MARCAÇÃO DA CIRURGIA
LABORATÓRIO (11/03/20): HB: 13,7 - PT: 36,9 LEUCO: 7.400 (79% SEG) PLAQ: 174.000 UR: 16

CD: SOLICITO RISCO CIRÚRGICO E COTE R. A. MARCA DA P. NOJE + 12/10/20 (SIC)
VPM + SUSPC NDE R. CLEXANE. PARTECULA

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VO LIVRE	
2	SF 0,9% 1000 ML - EV PARA 24 HRS	Binte 1º 2º
3	DIPIRONA 2ML + 8 ML DE ABQ, EV, 5/5 HR SN	SN
4	TRAMADOL 50MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 HORAS SN	SN
5	OMEPRAZOL 40 MG EV PELA MANHÃ	06
6	CLEXANE 40 MG SC - 1X/DIA (SUSPENSÃO)	16
7 D2/D5	TILATIL 40 MG - DIURETIL - EV 1X/DIA	10
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	SSVY + CCGG	Binte

Dr. Euphânio Caldas L. Nogueira
Ortopedista
CRM-4817

22/03/20

16:20 hrs

Foram encaminhados para o setor de fisioterapia

para o setor de fisioterapia. Recebido no setor de fisioterapia

para o setor de fisioterapia. Recebido no setor de fisioterapia

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSBORO

SAME / ARQUIVO

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

ORTOPEDIA

P&C Trauma - perna ①, ②.

Rx. Fratura fechada Anter do perna ①
Fratura de patela ②.

C.A. Indicação

medicamentosa

Quitar-se sobre o membro lesado

INTERNAÇÃO

TALA JOELHEIRA perna ②

TALA Corno posterior perna ①

Dr. Paulo Roberto de Sousa Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 14381
CRM/RN 9934

10/03/2012

Dr. Paulo Roberto de Sousa Pinheiro

Ortopedia e Traumatologia

TEOT 14381

CRM/RN 9934

Atente-se a queda de peso, que diminua
a dor, sem dor
Sem dor no membro, C/T/L.

Tratamento: Sem limitação no membro.

Atenc de NAR

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SANE MOSSOPÓ 17048080

SANE / ARQUIVO

Dr. Carlos Roberto da Costa
Neurocirurgia
CRM/RN 9934

12/03/2020

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

Nome: FERNANDA ALVES PEREIRA
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC
DATA DA ADMISSÃO: 10/03/2020

27 ANOS
Leito: 302-4
IPANEMA - RN
CODIGO: 58764

DATA: 12/03/2020
EVOLUÇÃO
Nº fraturas: 02
2º DIH POR FX OSSOS DA PERNA DIREITA - EM USO DE TALA INGUINOPODALICA + FX FECHADA DE
PATELA ESQUERDA - EM USO DE TALA JOELHEIRA
(ALERGIA A BEZETACIL)

QF: DOR EM MEMBRO ACOMETIDO

EF: REG, COTE, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA E AFEBRIL
ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO, BNF
ARI/MV: EM AMBOS HEMITORAX, SRA.
ABD: PLANO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA
MID: NEUROVASCULAR PRESERVADO, SEM SINAIS DE TVP.
MIE: NEUROVASCULAR PRESERVADO, SEM SINAIS DE TVP.

SITUAÇÃO:

SOLICITAÇÃO PARA INCLUSÃO NO SISREG PREENCHIDA E ANEXADA - AGUARDA MARCAÇÃO DA CIRURGIA
LABORATÓRIO (11/03/20): HB: 11,7 HT: 36,9 LEUCO: 7.400 (79% SEG) PLAQ: 174.000 UR: 16

CD: SOLICITO RISCO CIRÚRGICO + SUSPENSÃO DE CLEAXE + MARCAÇÃO DA P/ HOJE - 12/03/20 (S.C.)
VPM + SUSPENSÃO DE CLEAXE + MARCAÇÃO DA P/ HOJE - 12/03/20 (S.C.)
PARTICULA

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VO LIVRE	Dieta
2	SF 0,9% 1000 ML - EV PARA 24 HRS	1º 2º
3	DIPIRONA 2ML + 8 ML DE ABD, EV, 6/6 HR SN	SN
4	TRAMADOL 50MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 HORAS SN	SN
5	OMEPRAZOL 40 MG EV PELA MANHA	06
6	CLEAXE 40 MG SC - 1X/DIA (SUSPENSO)	16
7 02/05	TILATIL 40 MG + DIJENTE - EV 1X/DIA	10
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	SSVV + CCGG	Dieta

Dr. Tupacambá Caldas L. Nogueira
Ortopedista
CRM-2057

12/03/20

16:20 seg. Rodinense Patricio Tavares com medicação

maternidade e cirurgia. Resultado satisfatório

para alta hospitalar sem necessidade de medicação.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 14/03/2020

SANE / ARQUIVO

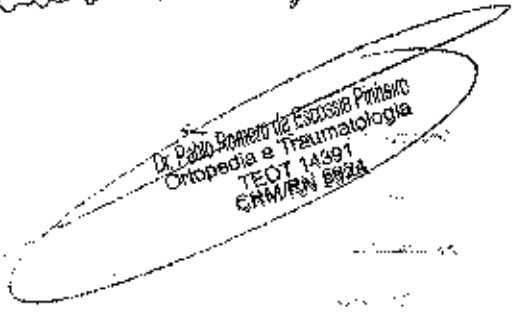
Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

ORTOTICIA

POC trauma - perna ①, ②.
Rx: Fratura fechada ant. do perna ②
Fratura de patela ③.

c.1. Indicação
medicamentosa
Quirurgia ou tratamento Cirúrgico
INTERNAÇÃO

TALA JOELHEIRA perna ③
TALA Corno patela perna ②



10/03/2020
Atende a quem se trata; que dorme
GIT, sem dor
Sem dor na coluna C7/T1

TC como: Sem lesão intra craniana.
Alto de risco

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
LISTA CONFORME O ORIGINAL
SANE DOSSOP 17040020
B.1.15
SANE/ARQUIVO

Dr. Carlos da Costa
Neurocirurgia
CRM/RN 8546

12/03/2020

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

Nome: FERNANDA ALVES PEREIRA

27 ANOS

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC

Leito: 302-4

DATA DA ADMISSÃO: 10/03/2020

UPA NEMA - RN

CODIGO: 58764

DATA:

EVOLUÇÃO

Nº Frac. or. 1:

02

2º DIA POR TRAUMATISMO DA PERNA DIREITA - EM USO DE TALA ENGIPODOLICA E EXPLORADA DE
PATELA ESQ. PERDA - EM USO DE TALA DO TUBO
(ALERGIA A BEZETACH)

QUE DOR EM MEMBRO ACOMETIDO

EE: BEG, COTR. SUPNETA, NORMOCORADA, HIL. VTS. DA E AFEBRIL

ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO. INF

AE: MY: EM AMBOS HEMITORAX. S.A.

AED: PLANO, T. AC. DO TENDÃO A PALPAÇÃO - PROFUNDA

MD: NERVO C. SCULAR PRESERVADO, SEM SINAIS DE TUP.

MM: NEUROVASCULAR PRESERVADO, SEM SINAIS DE TUP.

SITUAÇÃO:

SOLICITAÇÃO PARA INCLUSÃO NO SIEPUS PRES. E LCA E ANEXADA - AGUARDA MARCAÇÃO DA CIRURGIA
LABORATÓRIO: 11/03/2020 HB: 11,7 - TC: 35,9 LEL: 10: 7.40% (75% SEG) PLAQ: 174.000 UN/15

CR: SOLICITO PISCO ORULGICO

VPM

DESCRIÇÃO DA MARCA DA

PI HOJE: 12/03/2020 (SCL)

F. SCL. 100% LCA EXAME

PARTICULAR

	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA VO - 12/15	
2	SP 0,9% 1000 K - EV PARA 24 HR	Cont
3	DIPRONA 2MG - 8 ML DE AED, EV, 8/1 HR 5N	16:00
4	TRAMADOL 50MG - 100ML 50% EV 5/8 HORAS 5N	SN
5	OSY PRAZOL 10 MG EV 2x LA MARCA	SN
6	CIF KANE 40 MG - 1x/6H (2x/6H 2x/3)	DS
7 02/05	TILATE 40 MG - DIURTE - EV 1x/6H	16
8	FISIOTERAPIA FOTON	10
9	SSVY + CCGS	Cont

Dr. Fernando Carlos L. Nogueira
Ortopedista
CRM: 4017

Dr. Rafael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM 26.1325

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSCOSO

NOME (ARQUIVO)



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 58764 - FERNANDA ALVES PEREIRA (27 a 7 m 28 d)

Nascimento: 13/07/1992

Natural: MOSSORO, BRASIL

CNS:

CPF: 08662397418

Prof:

Sexo: F Cor: PARDA

Mãe: LUZIENE ALVES PEREIRA FERNANDES

Pai:

Logradouro: ANTONIO CARLO DE CARVALHO, 21

CEP: 59670000

Bairro: UPANEMA

Cidade: UPANEMA

Telefone: 84.99262471

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS:						Classificação:		PESO:		
						10/03/2020, 18:45:37				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS	

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO SIC. COLISÃO MOTO CARRO. QUEIXA DE DOR EM MMHS D'E ESQUERDO.

Dt e Hora:

Vítima de colisão moto-carro
moto ciclista (nova) não usava capacete.
EGG, cote, eupneica, não vomitou.
Refere perda de consciência no momento.

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
por acidente.			
EF: Glasgow 15.			
Edema e deformidade de - Parec D.R.			
Exatidão leve em Parec D.R.			
CD: Sotanto. R.			
Parar de NCR.			
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SANE MOSSORO			
SANE / ARQUIVO			
① SE 0,9% S.O. m E.			
② St 0,9% 100 ml +			
- Dipiro 20			
- fclat. 40mg			
Dr. Leandro Freire Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM/RN 7439 TEOT 18088 RQE 3741			

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

CID

Proc.

Data: / /20. Hr:

Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS. Impresso em 10 de Março de 2020.

(Assinar e

Carimbar)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: FERNANDA ALVES DECEIRA Idade: _____ Nº Reg. _____

Serviço: INFARMATOLOGIA Enfe: 302 Leito: 04

AO SERVIÇO: Cardiologia

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Sujeito Risco Cirurgico

Mossoró, 12 de 03 de 2020

Médico que solicita o parecer

PARECER:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SAME - MOSSORÓ

SAME / ARQUIVO

Prontuário: 212418



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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **FERNANDA ALVES PEREIRA** (Fia: 1242/2020), CPF:09662397418.

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

Mossoró/RN, 10 de Março de 2020.

Fernanda Alves Pereira

Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 10/03/2020

Rafaela

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

SAME / ARQUIVO

MUNICÍPIO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H. R. T. M.
DATA 10/03/2020
[Assinatura]
Assinatura

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 1242 /2020

Prontuário: 212418

Paciente: 58764 - FERNANDA ALVES PEREIRA

Cartão SUS: 708108878238510

CPF: 09662397418

Dt Nasc: 13/07/1992

Idade: 27 anos 7 meses 28 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: LUZIENNE ALVES PEREIRA FERNANDES

Nome do pai: NADA CONSTA

Rua/Av: ANTONIO CARLOS DE CARVALHO

Nº: 21

Complemento:

Bairro: PEGAS

CEP: 59670000

Cidade: UPANEMA

Telefone: 84 99262471 84 99262471

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Unidade: OBS FEMININA

Leito: 1, 26E

Responsável: FERNANDA ALVES PEREIRA -

Usuário: SONIA MARIA DA SILVA

Admissão: 10/03/2020 19:56:48

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.2 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
408050225 -

HISTORIA CLINICA

Paciente admitido do departamento de emergência
Indica de dor na
perna esquerda
em movimento

Dr. Paulo Roberto de Fátima Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 14391
CRM 14391

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO

SAME / ARQUIVO

MOSSORO, 10 de Março de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS-MAIA
Executante: O solicitante ou

CNES: 2503689
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **58764 FERNANDA ALVES PEREIRA**
CNS: Nascimento: 13/07/1992 Sexo: Feminino
Mãe: LUZIENE ALVES PEREIRA FERNANDES Pai:
Endereço: RUA ANTONIO CARLO DE CARVALHO, 21 - UPANEMA - UPANEMA
Município: UPANEMA Código Municipal IBGE: 241460 UF: RN

Prontuário:
Cor: PARDA
Fone: 99262471 /
CEP: 59670-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo: 371 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM MEMBROS INFERIORES

RADIOGRAFIA EVIDENCIANDO FRATURA FECHADA DE OSSOS DA PERNA DIREITA E FECHADA DE PATELA

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RADIOGRAFIA E EXAME FÍSICO

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

582.2 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA *400030225-REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISÁRIA / LESÃO FISÁRIA DIST

702.3
✓ 899

Profissional Solicitante / Assistente:

PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO

CRM: 5924 / RN

Data da Solicitação 10/03/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:
() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:
() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Órgão Emissor: Nº Autorização da AIH:

Documento: () CNS () CPF nº

Data da Autorização: / / Assinatura/Carimbo:

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SABE MOSSORO

SABE / ARQUIVO

Atendimento	1226335
Data:	12/03/2020
Hora:	17:25

Nº AIH
CAMILA

BOLETIM DE ADMISSÃO**454157 - FERNANDA ALVES PEREIRA****SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 13/07/1992 - 27 A, 7 M, 30 D**

CPF: 096.623.974-18

RG: 2850719

CNS: 708108878238510

Convênio: PARTICULAR - PLANO ÚNICO

Leito: 105-02

Enfermaria: ~~301-105~~ ENFERMARIA 101

Endereço: RUA ANTONIO CARLOS DE CARVALHO, Nº 21 - CEP: 59670-000

Bairro: PEIÇA

Cidade: Cód.: 2414605 - UPANEMA/RN

Profissão:

Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

País:

Mãe: LUZIENCE ALVES PEREIRA FERENANDES

Naturalidade: MOSSORO

Caráter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: LUZIENCE ALVES PEREIRA FERENANDES

Procedimento Solicitado: FRATURA DE TÍBIA - S82 - FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO

Diagnóstico Definitivo:

Acomodação:

Médico: 6320 - RAPHAEL MACHADO GONCALVES

Carteira:

Validade: 30/12/1999

Autorização: HOSPITAL WILSON ROSADO

Senha: AUTORIZAÇÃO DE REFEIÇÕES

Guia:

CONVENIO: Particular

() DESJEJUM () ALMOÇO
() JANTAR () AS 03 REFEIÇÕES

RESPONSÁVEL

Resultado
☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evaseio

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Óbito

Transferido:

História Clínica**Diagnóstico Provável**

Luzienne Alves Pereira

RESPONSÁVEL

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

RAPHAEL MACHADO GONCALVES

Eu, abaixo qualificado,

Responsável LUZIENCE ALVES PEREIRA FERENANDES	Parentesco MAE	
Paciente FERNANDA ALVES PEREIRA	Nascimento 13/07/1992	RG 2850719
Endereço RUA ANTONIO CARLOS DE CARVALHO	Leito 105-02	Enfermaria 105 105 - ENFERMARIA

Ao final firmado (a) como responsável pelo(a) paciente retroqualificado(a) autorizo por esta a melhor forma de direito, a internação hospitalar do(a) referido paciente neste CARDIODIAGNÓSTICO LTDA, sediado a PEDRO VELHO, 250 de MOSSORO.

Esta autorização, representando minha livre expressa manifestação de vontade, inclui internação hospitalar, tratamento clínico ou cirúrgico, realização de exames e prova complementares, invasivas ou não, hemoterapia e tudo mais que se fizer necessário para o tratamento do(a) paciente.

Declaro para os devidos fins que, NO CASO DO PACIENTE POSSUIR CONVÊNIO MÉDICO, estou ciente de que para ter direito a cobertura do custo do tratamento, HÁ NECESSIDADE DE EXPRESSA AUTORIZAÇÃO da empresa (Convênio) PARTICULAR - PLANO ÚNICO

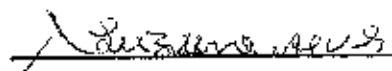
Declaro que, em caso de optar por acomodação de nível superior ao estipulado pelo convênio, assumo a diferença de acomodação e de honorários médicos conforme tabela AMB.

Declaro, ainda, estar ciente de que a ausência de autorização, SEJA QUAL FOR O MOTIVO, impede o hospital efetuar cobrança de quaisquer valores do convênio médico.

Assim, ASSUMO, PERANTE O HOSPITAL, TOTAL RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO DAS DESPESAS DECORRENTES DO ATENDIMENTO MÉDICO FORNECIDO AO PACIENTE ACIMA CITADO, CASO O CONVÊNIO NÃO FORNEÇA A INDISPENSÁVEL AUTORIZAÇÃO, sendo certo que, nesta hipótese, os valores corresponderão aqueles praticados pelo próprio convênio em idêntica situação, ressaltando-se também o direito de solicitar a transferência do paciente caso seu estado de saúde o permita, arcando apenas com o custo do tratamento efetivamente fornecido.

Declaro para os devidos fins que, no caso do(a) paciente não possuir convênio, a internação se torna particular, aceito os valores da tabela particular praticada pelo Hospital, conforme cópia que me é apresentada neste ato. Concordo também que as contas serão fechadas e apresentadas a cada 3 (três) dias, e abatidas do valor pago antecipadamente, por ocasião da internação, sendo certo que quando a mesma atingir 70% (setenta por cento) do valor pago antecipadamente, farei novos pagamentos quantos forem necessários.

MOSSORO, 12 de março de 2020


LUZIENCE ALVES FERENANDES

Testemunha

Nome: _____

RG: _____

Testemunha

Nome: _____

RG: _____



Cardiodiagnóstico Ltda.
Hospital Wilson Rosado
Rua Pedro Velho, 250 – Fone (84) 3318-9000
CEP 59611-010 – Mossoró – RN

Autorização de Internação

Paciente: FERNANDA ALVES PEREIRA

Cirurgião: DR. RAPHAEL

Acomodação: ENFERMARIA Diária (s) 01 UTL: _____

Convênio: PARTICULAR Senha: _____

Data da Internação: 12/ 02/ 20

Data da Saída: 13/ 02/ 20 Hora: _____

Hora da Internação: ____: ____hs Hora da Cirurgia: ____: ____hs

OBS: NÃO INCLUI EXAMES

PACOTE DE PROCEDIMENTOS:

- FRATURA DE TÍBIA
- _____
- _____
- _____
- _____

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA.
CNPJ: 35.650.824/0001-59
Dr. Raphael

AUTORIZAÇÃO DE REFEIÇÃO PARA ACOMPANHANTE

() DEJEJUM () ALMOÇO () JANTAR (X) AS 03 REFEIÇÕES () SEM REFEIÇÃO

Mossoró, 12 De MARÇO De 2020

Izabela Félix / Lívia Thais / Luan Carlos
Contas Particulares / Autorização (84) 3318-9006/9044



FICHA DE ANESTESIA

OPERAÇÃO REALIZADA 16/10/2000				
INÍCIO 21:00	TERMINO 22:34	DURAÇÃO	ROTINA	EMERGÊNCIA EXTRA

SpO ₂		ETCO ₂		HORA		OBSERVAÇÕES	
72 74 76 78 80 82						Anestesia	
AGENTE						S. 15.0	
CÓDIGO						S. 15.0	
ANESTESIA X		220				S. 15.0	
OPERAÇÃO ⊙		200				S. 15.0	
INTUBAÇÃO X		180				S. 15.0	
ENDOTRAQUEAL		160				S. 15.0	
PRES. SISTOL. Y		140				S. 15.0	
PRES. DISTOL. A		120				S. 15.0	
PULSO. ◇		100				S. 15.0	
RESP. ASSIST. -RA		80				S. 15.0	
RESP. EXPONT. -RE		60				S. 15.0	
RESP. CONTR. -RC		40				S. 15.0	
POSICÃO						Soro	
						Sangue	
						Outros	

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

AGENTES EMPREGADOS

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



HOSPITAL
WILSON ROSADO
#FRATURAS

Convênio: *Particular*

Paciente : *Myriane Dias Lima*

Data: 13/03/2020

1.	DIETA LIVRE	
2.	SF 0,9% 500ML EV DE 12\12H	12 24
3.	DIPIORNA 1G + ABD EV DE 6/6H	40 16
4.	TILATIL 40MG + 100ML SF 0,9% EV , 1X\DIA (suspenso)	SUSPENSO
5.	TRAMAL 50MG + 100ML SF 0,9% EV DE 8\8H, SE DOR	SN
6.	CEFALOTINA 1G EV DE 6\6H	10 16 22 04
7.	CURATIVO DIARIO	OK
8.	SSSVV + CCGG	Rotina
09.	ALTA HOSPITALAR	OK
10.		
11.		
12.		
13.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente evolui em BEG, sem queixas.

FO em bom aspecto, neurovascular sem alteração.

Conduta: ALTA HOSPITALAR

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6220

Descrição dos procedimentos cirúrgicos

- 1) Fixação com 2/0 B&K para o crânio.
- 2) Redução da fratura + craniotomia para a redução.
- 3) Drenagem para a evacuação do sangue.
- 4) Curativo da ferida.
- 5) Antibiótico para infecção.
- 6) Analgésico para dor.
- 7) Fixação com placa 2/0 4,5 mm para o osso da perna + fixação com parafusos.
- 8) Curativo da ferida.
- 9) Curativo da ferida + curativo da perna.

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320



HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA.

Rua Pedro Velho, 250 - Sto. Antônio - Mossoró/RN
CEP: 59011-010 - Fone: (84) 3318.9000
CNPJ: 35.650.324/0001-50

BOLETIM DE SALA
DO C.E.O.

Paciente: Fernanda Alves Pereira Reg.: _____

Convênio: Part

Cirurgia Realizada: _____

Data da Cirurgia: _____

Início: 11:00

Término: 12:30

MATERIAIS		MATERIAIS	
Abocath Nº		Gorros Desc.	07 Unid
Algodão Ortopédico cm		Látex	
Agulha Descartável Nº <u>5/25 agulha</u>	<u>40x12</u>	Lâmina de Bisturi Nº <u>22</u>	01 Unid
Ag. Raque	<u>03 Unid</u>	Lâmina de Bisturi Nº	
Ag. Peridural <u>40x12</u>	<u>03 Unid</u>	Luva Estéril Nº 6.0	
Ag. Sutura Curva <u>25x07</u>	<u>03 Unid</u>	Luva Estéril Nº 6.5	
Atadura Gessada cm <u>20cm</u>	<u>03 Unid</u>	Luva Estéril Nº 7.0	01 Unid
Atadura Crepom cm		Luva Estéril Nº 7.5	01 Unid
Atadura Crepom cm		Luva Estéril Nº 8.0	01 Unid
Azul de Metileno ml		Luva Estéril Nº 8.5	
Bolas de Algodão		Luva de Procedimento	08 Unid
Bolsa para Colostomia		Máscara Desc.	01 Unid
Capa para Vídeo		Micropono cm	
Capa Microscópio		Multi Vias	
Cateter para Oxigênio		Óleo Dersane ml	
Cateter Acesso Central		Perfusor 7	
Cateter Peridural		Pinalt	
Cera Óssea		Propés	01 Unid
Compressas 05 und	<u>06 Unid</u>	Pomada Kolagenase G	
Coletor de Urina Aberto		Saco Estéril	
Coletor de Urina Fechado		Scalp	
Colonóides g.		Seringa 1 ml	
Clip Cirúrgico		Seringa 3 ml	
Dreno Tórax		Seringa 5 ml	01 Unid
Dreno Penrose Nº		Seringa 10 ml	03 Unid
Dreno Portovak Nº		Seringa 20 ml	01 Unid
Escovas com PVPI	<u>06 Unid</u>	Seringa 60 ml	
Equipo para Soro		Sonda Endotraqueal Nº	
Equipo BIC		Sonda Nasogástrica Nº	
Equipo p/ Hemocomponente		Sonda Vesical Netalon Nº	
Equipo Fotossensível		Sonda Vesical Foley 02 Vias Nº	
Eletrodo Desc.	<u>05 Unid</u>	Sonda Vesical Foley 03 Vias Nº	
Esparradrapo		Sugicel	
Extensor de Equipo		Tela de Prolipropileno	
Faixa de Smarch cm		Tubos de Ventilação	
Frasco p/ Biópsia		Verde Brilhante	
Gases 10 und	<u>06 Unid</u>	Xilocalina Gel	
Gel Foan		Xilocalina Spray	
Gel para Eletrodo <u>plasma</u>	<u>10 gms</u>	Traqueostomo	
MEDICAMENTOS		MEDICAMENTOS	
ABD 10 ml	<u>03 amp.</u>	Dormonid	
ABD 1000 ml		Decadron	01 amp.
Adrenalina		Dipirona	01 amp.
Atracúrio		Dramin	
Atropina	<u>03 amp.</u>	Efedrina	01 amp.
Aturgyl Colírio		Efortil	
Cefalotina 1g	<u>10 amp.</u>	Efedrina	

MEDICAMENTOS

SOLUÇÕES ANTI-SÉPTICAS

Etomidato

Fentanil

Ipsina g

Narsen

Neocaina Pesada

Neocaina 0,50% c/ Adren.

Novabupi c/ Adren.

Nimbium

Ondasterona

Pavulon

Plasil

Profenid

Prostigumina

Propofol

Quelicim

Rop

Sufentalina

SF 0,9% 250 ml

SF 0,9% 500 ml

SF 0,9% 1000 ml

SG 5% 250 ml

SG 5% 500 ml

SRS 500 ml

SRL 500 ml

Steril Drape

Tilatil

Thiopental

Transamin

Tissucol

Vacuren

Xilocaína 2% S/V

Xilocaína C/V

Água oxigenada

Alcool a 70% ml

Clorexidina alcoólica 0,5 ml

Clorexidina aquosa ml

Clorexidina degermante ml

Éter ml

Formol líquido ml

PVPI alcoólico ml

PVPI degermante ml

PVPI tóxico ml

FIOS

Aciflex

Algodão

Algodão

Catgut Cromado

Catgut Cromado

Catgut Simples

Catgut Simples

Caprofil

Ethibond

Ethibond

Fita Cardíaca

Monocryl

Monocryl

Mononylon 3 0

Mononylon

Mononylon

Prolene

Prolene

Vicryl

Vicryl

ANESTÉSICOS INALATÓRIO

TAXAS DE APARELHO

Enflurane ml

Halotano ml

Isoflurano ml

Servorane ml

Aspirador de Parede

Bisturi Elétrico

Craniótomo

Dril

GASES

Ar Comprimido

Co2

Oxigênio

Nitrogênio

Intensificador de Imagens

Lipoaspirador

Microscópio

Monitor Cardíaco

Oxímetro de Pulso

Oxicapnógrafo

Respirador

Serra Elétrica

Sistema de Vídeo

Motor Ortopédico

ALTO CUSTO

Obs. Enf.:

Visto Enfermeiro:

Trícia Juliana Silva Azevedo
COREL-BN 001/227.655-TE



HOSPITAL
WILSON ROSADO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Paulo Roberto da Silva

Idade: 40

Reg. Geral: 1000

Convênio: Unimed

Unidade/Leito: 100 - 1

Clínica: Ortopedia

Data: 21/03/20

Evolução Médica

1. Paciente chegou ao Hospital.

2. Paciente foi admitido no Hospital com diagnóstico de:

3. Paciente foi admitido no Hospital com diagnóstico de:

Prescrição Médica

Aprazamento

1. Paciente chegou ao Hospital.

2. Paciente foi admitido no Hospital com diagnóstico de:

3. Paciente foi admitido no Hospital com diagnóstico de:

4. Paciente foi admitido no Hospital com diagnóstico de:

5. Paciente foi admitido no Hospital com diagnóstico de:

6. Paciente foi admitido no Hospital com diagnóstico de:

7. Paciente foi admitido no Hospital com diagnóstico de:

8. Paciente foi admitido no Hospital com diagnóstico de:

9. Paciente foi admitido no Hospital com diagnóstico de:

10. Paciente foi admitido no Hospital com diagnóstico de:

Medicação administrada por:

M. P. Silva + R. S. Silva

N

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6329



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: João Carlos da Silva

Idade: 62 Data: 12/03/20

Convênio: Particular

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: Artroscopia do joelho direito para artroscopia

2. Cirurgia Secundária: —

3. Cirurgião: Dr. Rafael Maciel Gonçalves

CRM: —

1º Auxiliar: Dr. João Carlos da Silva

CRM: —

2º Auxiliar: —

CRM: —

Enfermeiro(a): —

COREN: —

4. Anestesista: Dr. João Carlos da Silva

CRM: —

5. Instrumentador: João Carlos da Silva

COREN: —

6. Tecido removidos: ☒ Não ☐ Sim Especificar: —

7. Anátomo Patológico: ☒ Não ☐ Sim

Laudos: ☐ Maligno ☐ Benigno Dr.: —

8. Classificação da Cirurgia: ☒ Limpa ☐ Potencialmente contaminada

☐ Contaminada ☐ Infectada

9. Contaminação Intra-operatória: ☒ Não ☐ Sim

10. Programação: ☒ Efetiva ☐ Urgência ☐ Emergência

11. Trauma: ☐ Não ☒ Sim Data: 12/03/20 Hora: —

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

13. Drenos: ☒ Não ☐ Sim Tipo: —

14. Prótese (s): ☒ Não ☐ Sim Tipo: —

15. Descrição do procedimento cirúrgico no verso

Assinatura Cirurgião: Dr. Rafael Maciel Gonçalves

CRM: —

Data: 12/03/20

Para anestesia local, informar:

Hora do início do procedimento: — Hora do término do procedimento: —

Dr. Rafael Maciel Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 123456

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1563464660

PROIBIDO PLASTIFICAR
1563464660

ANTONIO SERGINALDO FREITAS MARQUES



DOC. IDENTIDADE FORA. EMISSÃO / UF
2308666 ITAP. RN

CPF 062.492.164-64 DATA NASCIMENTO 28/06/1983

PRIMAÇÃO
ANTONIO MARQUES DA SILVA

MARIA DAS GRACAS DE
FREITAS

SEXO M ADO. AD. CAT. RAD. AD.

Nº REGISTRO 04691868454 VALIDADE 08/02/2023 DATA DE HABILITAÇÃO 08/07/2009

OBSERVAÇÕES

RNE

Antonio Serginaldo F. Marques

LOCAL MOSSORO, RN DATA EMISSÃO 20/02/2018

Luiz Eduardo Machado Pereira
Diretor Geral - Detran/RN 42140686545
ASSISTENTE DO SERVIDOR 80702707497

RIO GRANDE DO NORTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014528984802
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00960111891 R.N.T.M.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
ANTONIO SERGINALDO FREITAS MARQUES

CPF / CNPJ 062.492.164-64 PLACA MYR8753

PLACA ANT. / IJE MYR8753 / RN CHASSI 9C2JC30708R159931

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NÃO APLICAVE COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP. / POT. / CIL. 0CV/124 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA R\$ 0.00 VENC. COTA ÚNICA 11/04/2019 1º ISENTO

FAIXA LTVL 002811 3X PARCELAMENTO / COTAS R\$ ***** 2º ISENTO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DATA DE PAGAMENTO 15/07/2019

OBSERVAÇÕES
ALIEN. PID. EM FAVOR DE: 45.441.789/0001-54
ADMINISTRADORA DE CONSORCIO NACIONAL HONDA LTDA.
MOTOR: JC30E78159931

UFANEMA/RN DATA 15/07/2019



Cartão de Registro de Veículo
Estrutura de Registro de Veículo
DETRAN - RN

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

RN Nº 014528984802 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 15/07/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 062.492.164-64 PLACA MYR8753

RENAVAM 00960111891 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008 Nº CHASSI 9C2JC30708R159931

PRÊMIO TARIFÁRIO

TNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO REGISTRO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL DO BILHETE (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUOTAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200209477 **Cidade:** Upanema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA ALVES PEREIRA **Data do acidente:** 10/03/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.
FRATURA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TÍBIA E CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES. ALTA MÉDICA.
(P1,10,13,14,15,17,22,25,27,28)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200209477 **Cidade:** Upanema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA ALVES PEREIRA **Data do acidente:** 10/03/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA DIREITA.
FRATURA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TIBIA E CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES. ALTA MÉDICA.
(P1,10,13,14,15,17,22,25,27,28)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Fernanda Alves Pereira, brasileiro (a),
Estado civil: solteira, Profissão: Agricultora, Data do Acidente: 10.03.20
Cobertura: Integral, Portador (a) do RG: 2850419, Órgão Expedidor:
SSP RN e do CPF: 096.623.974-18, residente no(a) R: Antonio Carlos
de Carvalho
Bairro: Péguas, Município: Upanema, nº 21, RN

OUTORGADO:

Nome: Antonio Reginaldo dos Reis Marques, brasileiro (a),
Estado Civil: solteiro, Profissão: Agricultor
Portador (a) do RG: 2308686, Órgão Expedidor: Itap RN
E do CPF: 062.492.364-64, residente no(a)
R: Antonio Carlos de Carvalho
Bairro: Péguas, Município: Upanema, nº 21, 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.



Upanema RN 29/04/20
Local e data

Fernanda Alves Pereira
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Serviço Único Notarial e Registral
Avenida Antônio Vitorino, 99, Centro, CEP nº 59670-000
(84) 3325-0240

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s)
de: **FERNANDA ALVES PEREIRA**

Selo Digital: RN20200834710001713AUK

Código de autenticidade em <http://assinadigital.tjrn.jus.br/celo>
Upanema/RN, 29 de Abril de 2020, às 13h23

Elida Nery de Fátima
Escritório Autenticado

AB407358



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0162632/20

Vítima: FERNANDA ALVES PEREIRA

CPF: 096.623.974-18

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/03/2020

Titular do CPF: FERNANDA ALVES PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO SERGINALDO FREITAS MARQUES : 062.492.164-64

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

FERNANDA ALVES PEREIRA : 096.623.974-18

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: 10/06/2020
Nome: ANTONIO SERGINALDO FREITAS MARQUES
CPF: 062.492.164-64

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

ANTONIO SERGINALDO FREITAS MARQUES

GERCIA LOURENCO DA SILVA