



Número: **0802698-18.2020.8.20.5108**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Pau dos Ferros**

Última distribuição : **10/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.631,25**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE FERREIRA DE LIMA (AUTOR)		GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61097075	05/10/2020 12:12	2756528_CONTESTACAO_Anexo_03	Requerimento Administrativo

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE FERREIRA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180337286**

Vítima: **JOSE FERREIRA DE LIMA**

Data do Acidente: **21/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180337286**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13134597

Pag. 01715/01716 - carta_01 - INVALIDEZ

00020858



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE FERREIRA DE LIMA

Sinistro: 3180337286
Vítima: JOSE FERREIRA DE LIMA
Data do Acidente: 21/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE ANTONIO CAMPOS DO REGO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180337286** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01103/01104 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13207116



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI:

CPF da Vítima

084.232.451-87

Nome completo da vítima

JOSE FERREIRA DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE FERREIRA DE LIMA		CPF titular da conta 084.232.451-87	Profissão APOSENTADO
Endereço RUA SÃO JOÃO		Número 340	Complemento CASA
Bairro SÃO BENEDITO	Cidade PAU DOS FERROS	Estado RN	CEP 59.900-000
Email Não informou			Telefone (DDD) (84) 9 9681 4391

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRO. **0763** D/V **45934** D/V **9**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PAU DOS FERROS-RN, 17 de MAIO de 2018

Local e Data

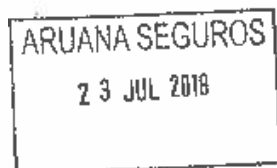


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PAPPP.001 V001/2017





**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180337286
Nome do(a) Examinado(a): Jose Ferreira de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sao Joao, 340 Casa
Sao Benedito Pau dos Ferros RN CEP: 59900-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 685710
Data local do acidente: [21/03/2018]
Data local do exame: [11/08/2018] SOUSA [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: PACIENTE FOI SOCORRIDO E ENCAMINHADO PARA HOSPITAL DE PAU DOS FERROS - RN. FEZ IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO ACOMETIDO, E NO MESMO DIA FOI ENCAMINHADO PARA HOSPITAL TARCÍSIO MAIA - RN. FOI SUBMETIDO A CIRURGIA PARA COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR 7 DIAS. NO DIA 28 DE MARÇO, FOI SUBMETIDO A CIRURGIA PARA OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA. FEZ FISIOTERAPIA 43 SESSÕES.
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
PACIENTE COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDANDO COM AUXÍLIO DE MULETAS. APRESENTA DEFORMIDADE IMPORTANTE EM TORNOZELO ESQUERDO. EDEMA (+++/4+). APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM DE FLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO DE ADUÇÃO (10 GRAUS), FLEXÃO DORSAL (5 GRAUS), FLEXÃO PLANTAR (10 GRAUS), ADUÇÃO (10 GRAUS).
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
PACIENTE COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDANDO COM AUXÍLIO DE MULETAS. APRESENTA DEFORMIDADE IMPORTANTE EM TORNOZELO ESQUERDO. EDEMA (+++/4+). APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM DE FLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO DE ADUÇÃO (10 GRAUS), FLEXÃO DORSAL (5 GRAUS), FLEXÃO PLANTAR (10 GRAUS), ADUÇÃO (10 GRAUS).
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Esquerdo | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM








ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPCIN
4ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE PAU DOS FERROS/RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1082/2018

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO (Colisão e queda)

Local: BR 405 proximo ao semáforo da rodoviária - Pau dos Ferros /RN.

Data e hora do fato: 21.03.2018 às 08h00min aproximadamente.

COMUNICANTE/VÍTIMA: JOSÉ FERREIRA DE LIMA.

Endereço: Rua São João 340 São Benedito Pau dos Ferros /RN.

Filiação: Antonio Domingos e de Alice Ferreira dos Santos.

Naturalidade: Coremas PB

Data de Nascimento: 22.05.1948

Documento: RG nº. 685.710 -SSP/RN

CPF nº. 084.232.451-87

Profissão: Comerciante Estado Civil: casado

Grau de Instrução: Ensino primário

TEL: 84 3351 2692

IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO ENVOLVIDO

ESPÉCIE/TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA

MARCA/MOD: HONDA NXR 150 BROS MIX ES

PLACA: NNQ 9315 RN

CHASSI Nº. 9C2KD0520AR057460

ANO/MOD: 2010/2010

COR: VERMELHA

RENAVAN: 00225469545

PROPRIETÁRIO: O COMUNICANTE/VÍTIMA

CONDUTOR: COMUNICANTE/VÍTIMA

HISTÓRICO: Compareceu o comunicante/vítima a esta Unidade Policial para noticiar que no horário, data, e local acima descrito trafegava em sua motocicleta acima identificada. Que trafegava sentido Centro Hospital Regional, e depois que passou o semáforo da rodoviária colidiu por trás de outra motocicleta, que por sua vez tinha freado bruscamente por causa de um cachorro que atravessou na frente. QUE o comunicante em decorrência da colisão caiu com a perna esquerda quebrada com fratura exposta. Que foi socorrido para o Hospital Regional de Pau dos Ferros/RN, por Alexandre de Oliveira Costa, e em seguida para o hospital Tarcísio Maia em Mossoró e logo depois para o Hospital Wilson Rosado também em Mossoró. QUE o comunicante se responsabiliza civil e criminalmente pelo inteiro teor que originou o presente Boletim de Ocorrência, o qual afirma ser de total veracidade, inclusive apresentou nesta Unidade Policial documentos que comprovam seu atendimento nas unidades hospitalares acima citadas.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Registro do Boletim de Ocorrência

Testemunhas:

Carlos Alberto Pereira do Rego
Nome: Carlos Alberto Pereira do Rego, RG 264.625 SSP/RN

Endereço: Vinte e cinco de março 348 Alto do Açude Pau dos Ferros/RN

Alexandre de Oliveira Costa
Nome: Alexandre de Oliveira Costa, RG 300091205 SSP/SP

Endereço: Rua: Sítio Espadado Rafael Fernandes /RN

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

Pau dos Ferros/RN, 19 de junho de 2018.

Jose Francisco Rodrigues
Assinatura do Comunicante/Vítima

Lindomar de O. Miranda
Lindomar de O. Miranda
Policial de Serviço
Matrícula 108017-2

RUA: JOSE MEIRELLES PONCHET Nº 151 TEL: (84) 3351-0650
CEP: 59.900.000 - PAU DOS FERROS/RN



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

JOSE FERREIRA DE LIMA

CPF da Vítima

084.232.451-87

Data do Acidente

21/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

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

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

PAU DOS FERROS-RN 17 de MAIO de 2018

Local e Data

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de Tórax EA
Hiperinfl

Abd. p. LTR

CONDUTA:

- SRS 1000 ml LTR II

- TENSICOM 1ml + 1000 ml C 10

- CEFTRIAXOMA 1g - 2ml LTR C 10

- AMICACINA 1ml LTR C 10

- DILUIR 1ml LTR C 10

- PAINEL 1ml

- AMLODIPINA 5mg V.P. C 10

AVULSÃO de ORBITA
SAT 1ml LTR

DESTINO DO PACIENTE :

Data: ____/____/____ hora: ____

Destino: Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica: ☐ Cl. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatria: ☐

Alta Médica: ☐ Alta a pedido: ☐ Alta a revelia: ☐ Transferecia: ☐ Óbito: ☐

Médico / Carimbo: _____

Dr. José Ferrari de Oliveira
CRM-RN 2760-1/2018

RECIBO DE AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL
PROF. DR. JOSÉ FERRARI DE OLIVEIRA
18/10/2018



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:	27/08/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FERREIRA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00763

CONTA: 000000045934-9

Nr. da Autenticação 2FE98353F044F60C



Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

20C8.EE9F.5423.5BA7.3478.5AA7.9D5C.B7EA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Torre CEP 59015-000
CNPJ: 06.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20035.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Clientes: (84) 3232-4502

EXCERTE DO ATENDIMENTO

33519658

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRESSO EM 07/06/2018 AS 16:25:31

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA:	MÊS/ANO
JOSE ANTONIO DO R CAMPOS RUA MANOEL FLOR, N. 11 - FREI DANILAO PAU DOS FERROS RN 59900-000		5848588	06/2018
INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE EDIFICAÇÕES
647.002.441.0042.002	6	4553	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÔRTECO
1	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO
1135033113	LIGADO		POTENCIAL

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo 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, 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 JOSE ANTONIO CAMPOS DO REGO inscrito (a) no CPF 664.442.764-20 / _____ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE FERREIRA DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.232.451-87 / _____ do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE FERREIRA DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.232.451-87 / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso 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	RUA MANOEL FLOR		Número	11	Complemento	CASA
Bairro	FREI DAMIÃO	Cidade	PAU DOS FERROS		Estado	RN
Email	CAMPOSREGO@HOTMAIL.COM		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
					(84) 9 9681-4391	

PAU DOS FERROS-RN 17 de MAIO de 2018

Local e Data

Jose Antonio Campos do Rego
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018

DLDR.L001 V001/2017





HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizema, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3353 - 9840

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: José Ferreira de Lima				TEL:		Nº REG: 271276	
Nas 22/05/1948	1-Masculino	Casado	Comerciante	Cert.Nasc. <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input checked="" type="checkbox"/> Nº	685710		
Pai: Antonio Domingos				Mãe: Alice Ferreira dos Santos			
Endereço: São João		340	São Benedito		PAU DOS FERROS		RN
Responsável: CNS-706-4001-3826-7081-84-99999-9666						TEL:	
Endereço do Responsável:							

Serviço: Urgência / emergência		Enfermaria:		Leito:	
Admissão: 21/03/2018	Hora admissão: 07:46	Data da Alta:		Hora da Alta:	
Dados Clínicos: PA: mmHg Pulso: Bpm Temp: FR:					

Alega Acidente de Trabalho	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
----------------------------	------------------------------	------------------------------

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

*Perda de função da Alergia
do Uto (Causa) Causa Fome
Exposta de Tomada. Euf.
(Perda)*

Lesões ou afecções encontradas

Antônio (Tratado) 10/06/2018
10/06/2018
CONFIRME COM O 10/06/2018

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

PROTEOMA EXPOSTA de Perda de Equilíbrio

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 09:53

Dr. José Ferrari de Oliveira
MEDICINA
CRM-RN 2780-CPF 322.776.557-7



BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de PERNA ESQ
HÍPERECHO

dist - p. PERNA

CONDUTA:

- SRS 1000 ml EV I II
- TENSICOM para + 200 ml C 10
- EFFRAZOLAM 1g - 2ml EV C 10
- Analgesia por ~~HEU~~ C 10
- Diurético gel + 100 ml EV SIV C 10
- Punt gel
- Amoxicilina 5g v.p. C 10
- Analgesia de repulso
- SAT 1000 ml

DESTINO DO PACIENTE:

Data: ____/____/____ hora: ____

Destino: Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica ☐ Cl. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatria: ☐

Alta Médica: ☐ Alta a pedido: ☐ Alta a revelia: ☐ Transferência: ☐ Óbito: ☐

Médico / Carimbo: _____

Dr. José Ferrari de Oliveira
Médico
CRM-RN 2760-CL/2018 Carimbo:

PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611 010
CNPJ: 35.650.324/0001-50

Identificación	108151
Fecha	12/02/2018
Hora	15:21

Nº A1H
ANDERSONEP

172357 - JOSE FERREIRA DE LIMA

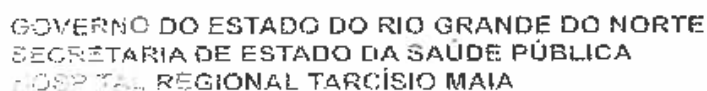
CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 22/05/1948 - 70 ANO(S)		CPF: 084.232.451-87	RG: 685710																												
CNS:		Convênio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE																													
Lmto: 416-02		Enfermaria: 416 - AP 416																													
Endereço: SAO JOAO, N° D - CEP: 59900-000		Bairro: SAO VICENTE																													
Cidade: Cód.: 2409407 - PAU DOS FERROS/RN		Profissão: Especialidade: CLINICA GERAL																													
Pai: ANTONIO DOMINGOS		Mãe: ALICE FERREIRA DOS SANTOS																													
Naturalidade: COREMAS - PB		Caráter de Atendimento: URGÊNCIA																													
Responsável: BENIGNA LELE LEITE - Tel:																															
Exame Solicitado: 10102019-VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO) - 5022 - FRAT DA DIAFISE DA TIBIA																															
Diagnóstico Definitivo:		Acomodação: ENFERMARIA																													
		Médico: 8283 - JONATAS GOMES CARVALHO DE MELO																													
Carteira: 09808195000931004		<table border="1"> <tr> <th colspan="4">Resultado</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Curado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Removido</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>48 Horas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Melhorado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Pedido</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>18 Horas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Inalterado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Evasão</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Obito</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Piorado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Indisciplina</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Resultado				<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	48 Horas	<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	<input type="checkbox"/>	18 Horas	<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>	Obito	<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina		
Resultado																															
<input type="checkbox"/>	Curado			<input type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	48 Horas																								
<input type="checkbox"/>	Melhorado			<input type="checkbox"/>	Pedido	<input type="checkbox"/>	18 Horas																								
<input type="checkbox"/>	Inalterado			<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>	Obito																								
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina																												
Validade: 30/12/2018																															
Autorização:																															
Senha:																															
Gelar:																															
Transferido:																															

Diagnóstico Provable

RESPONSÁVEL

JONATAS GOMES CARVALHO DE MELO





EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: _____ Leito: _____

[illegible]

PRESCRIÇÃO

[illegible]





□

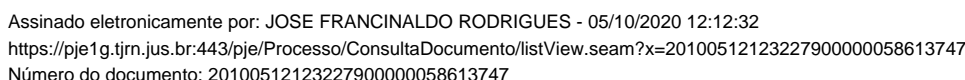
P.

APPENDIX C: CIO T

479

July 20 2000

5





GOVERNO DO
RECONSTRUIR DE AVANÇAR



Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte - SESAP

Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

PACIENTE: <u>Yose Ferreira de Jesus</u>	LEITO: <u>70</u>
DATA DE NASCIMENTO: <u>20/05/1982</u>	IDADE: <u>30</u>
ENDEREÇO: <u></u>	TELEFONE: <u></u>
MUNICÍPIO: <u></u>	
MEIO DE REMOÇÃO: <u></u>	
RESPONSÁVEL: <u></u>	
ENDEREÇO: <u></u>	TELEFONE: <u></u>
MUNICÍPIO: <u></u>	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: <u>Fraqueza Exposta Perda de</u>	
DATA DO ATENDIMENTO: <u>1/1</u>	DATA DA INTERNAÇÃO: <u>1/1</u>
HISTÓRIA CLÍNICA: <u>Doença crônica de</u>	
<u>doença de auto (câncer) e febre</u>	
<u>Exposta na semana passada</u>	
MEDICAMENTOS UTILIZADOS: <u>Ceftriaxona 1g - 2x/dia</u>	
<u>Amoxicilina 500mg - 3x/dia</u>	
<u>Paracetamol 1g - 3x/dia</u>	
EXAMES REALIZADOS: <u>Rx de tórax com M</u>	
<u>doença</u>	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: <u>Fraqueza de ORTOSTATICA</u>	
ENCAMINHAMENTO PARA O HOSPITAL: <u>TARCISO LIMA</u>	
NO MUNICÍPIO: <u>MOSSORÓ</u>	
CONFORME CONTATOS REALIZADOS COM: <u>ENFE JULIAE</u>	

NATAL (RN)

Dr. José Ferrari de Oliveira
CARIMBO E ASSINATURA DO
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO PACIENTE
RESPONSÁVEL LEGAL

BR 405 - KM 03, BAIRRO ARIZONA, 1971 - TELEFAX (84) 3351 - 9840 - PAU DOS FERROS - RN
CNPJ: 08.241.754/0107-01 - e-mail: hospitrcleodon@rn.gov.br





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

20.07.18

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: H.R.T.M.

2 - CNES: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: H.R.T.M.

4 - CNES: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: José Deseira de Romen

6 - DATA DE NASCIMENTO: 22/05/1981

7 - SEXO: [] MASC. [] FEM.

8 - Nº DO PRONTUÁRIO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

9 - RAÇA/COR: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

10 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 701614101011319216170111

11 - NOME DA MÃE: Alice Francisca dos Santos

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

13 - NOME DO RESPONSÁVEL: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO): R. SAO JOAO, 340 - SAO BENEDITO.

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: PAK DAS FERROS.

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

18 - UF: RJ

19 - CEP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: História de trauma com fratura exposta de perna (E).

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: RX + exame físico. Necessidade de fixação cirúrgica.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): RX + exame físico.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura de fêmur

24 - CID 10 PRINCIPAL: S82.2

25 - CID 10 SECUNDÁRIO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0110181901051010

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

[] [] [] [] [] [] [] [] [] []

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 21/03/18

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO VILHETE

41 - GÊNERO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNIE DA EMPRESA

44 - CSOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

62 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0905 2018



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 05/10/2020 12:12:32

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100512123227900000058613747>

Número do documento: 20100512123227900000058613747



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO
DDD Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO
DDD Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD, IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente automobilístico
encher com fratura de perna e.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de perna

S82.2

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

27/03/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNIE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD, EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 05/10/2020 12:12:32

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100512123227900000058613747>

Número do documento: 20100512123227900000058613747



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Jose Ferreira de Lima Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: fratura exposta perna @

Indicação terapêutica: HC + fixação externa + sutura

INTERVENÇÃO

Início: 14:40 Fim: 15:30 Duração: 50 min

Operador Dr. Guilherme

1ª Auxiliar: Dr. Nayane

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Charles

ARUANA SEGURANÇA

23 JUL 2018

07:05 2018

INTERVENÇÃO

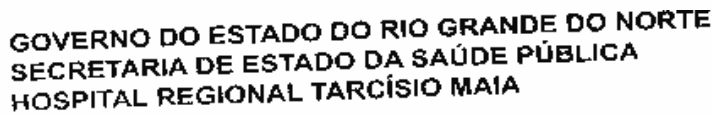
Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

1) Paciente em DDA sob anestesia g) (Assess +
Antissepsia + colocação de campos estéreis 3) Limpeza
exaustiva de ferimento em face anterior da perna @ +
ferido em abdômen @ 4) colocação de fixador
externo linear com alívio de tecido de fundo de fratura
5) fixação de pinos 6) Sutura do ferido em
locação @ excluindo-se o tecido plantar com
pessimo prognóstico e risco de necrose 7) Sutura
de ferimento em perna 8) Boa perfusão ao final
do procedimento 9) Curativo 10) N. SPTA.

Dr. Nayane de Souza
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 6720





Nome: João Ferreira de Lima Leito: 101

PRESCRIÇÃO





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

Nome: Jos[e Ferreira de Lima
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC
DATA DA ADMISSÃO: 21/03/18

69 anos
Leito: 306-3
Pau dos Ferros-RN Código: 6354

DATA	EVOLUÇÃO
22/03/18	1 DIH: Fx exposta de perna E Em uso de fixador externo Evolui estavel, referindo dor. Diurese e evacuacao fisiologicas. BEG, eupneico, normocorado, hidratado, afebril. CD: VPM Emito SIREG Solicito Pre-op Aguarda cirurgia definitiva

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA livre	
2	SF0,9% 1500ml EV para 24h	
3	Tilatil 40mg + ABD Ev 1xdia	10
4	Dipirona 2 mL + 8 mL ABD, Evm, 6/6h	10-16-22-31
5	Clexane 40 mg SC 1x/dia	10
6	Omeprazol 20mg VO em jejum	06
7	Cefalotina 1g + ABD EV 6/6h	10-16-22-31
8	SSVV+CCGG	
9	Curativo diario	
10	<i>Shompin A / KWA a Medel de Família</i>	

Kléber Gomes GUNDEL Paiva
Ortopedia e Traumatologia
Clínica de Sombra e Colonoel
CRM-RN 67684 TEOT 14293

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018

02-05-2018
31/05



LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
RUA PROJETADA, SN BAIRRO AEROPORTO - MOSSORÓ/RN

Paciente: JOSE FERREIRA DE LIMA
 Origem: CLINICA CIRURGICA ORTOPÉDICA
 Solicitante: CRM. 0/
 Coleta em: 22/03/2018 09:22:59

Sexo: MASCULINO Idade: 69 a 9 m
 Protocolo: 20135
 Coleta Nº: 0016.0001

Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
UREIA	58 mg/dL	NORMAL 10,00 a 40,00
Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
CREATININA	1,2 mg/dL	NORMAL 0,70 a 1,20
Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
GLICOSE	112 mg/dL	NEONATAL, PRÉMATURO 25,00 a 60,00 NEONATAL À TERMO 30,00 a 90,00 CRIANÇAS 70,00 a 105,00 NORMAL 70,00 a 99,00
Material: Sangue total	Método: Lee White	Referências
TEMPO DE COAGULAÇÃO	4,00 mn	Normal (minutos) 4,00 a 10,00
Material: Sangue total	Método: Duke	Referências
TEMPO DE SANGRAMENTO	1,15 mn	Normal (minutos) 1,00 a 3,00
Material: Soro	Método: Automatizado: Humanlyte	Referências
SODIO	139 mEq/l	Normal 135,00 a 145,00
Material: Soro	Método: Automatizado: Humanlyte	Referências
POTASSIO	3,9 mEq/l	Normal 3,70 a 5,60

ARUANA SEGUROS
 23 JUL 2018

EVETON MARDER LIMA VIANA
 CRBM 2519

OS RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS DEVEM SER INTERPRETADOS PELO (A) SEU (SUA) MÉDICO (A)



LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
RUA PROJETADA, SN BAIRRO AEROPORTO - MOSSORÓ/RN

Paciente: JOSE FERREIRA DE LIMA
 Origem: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA
 Solicitante: CPM: 0/
 Coleta em: 22/03/2018 09:22:59

Sexo: MASCULINO Idade: 69 a 9 m
 Protocolo: 20135
 Coleta Nº: 0016.0001

Material: Sangue total

Método: Automatizado MICROS 60

Referências

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITOGRAMA

HEMACIAS	3.79 Milhões/mm ³	Normal	4.50 a 5.50
HEMOGLOBINA	12.0 g/dL	Mulher	11.50 a 16.00
		Homem	13.00 a 18.00
HEMATOCRITO	35.5 %	Mulher	36.00 a 48.00
		Homem	39.00 a 52.00
VCM	93.7 µm ³	Normal	83.00 a 98.00
HCM	31.7 pg	Normal	26.00 a 34.00
CHCM	33.8 g/dL	Normal	31.00 a 35.00
RDW	13.6 %	Normal	11.00 a 15.00

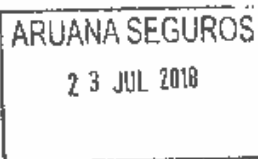
LEUCOGRAMA

LEUCOCITOS	9900 /mm ³	Normal	4000 a 11000
PROMIELOCITOS	0% = 0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 mm ³
MIELOCITOS	0% = 0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 mm ³
METAMIELOCITOS	0% = 0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 mm ³
BASTÕES	01% = 99 /mm ³	0 a 6 %	0 a 550 /mm ³
SEGMENTADOS	82% = 8118 /mm ³	45 a 65 %	1800 a 7000 /mm ³
LINFOCITOS	11% = 1089 /mm ³	20 a 40 %	1000 a 4000
LINFOCITOS ATÍPICOS	0% = 0 /mm ³	0 a 2 %	0 a 200 /mm ³
EOSINÓFILOS	02% = 198 /mm ³	1 a 4 %	10 a 550 /mm ³
BASÓFILOS	0% = 0 /mm ³	0 a 2 %	0 a 200 /mm ³
MONOCITOS	04% = 396 /mm ³	4 a 8 %	200 a 800 /mm ³

CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLAQUETAS	139 mil/mm ³	Normal	150 a 450
---------------------	-------------------------	--------	-----------

TROMBOCITOPENIA



(Handwritten signature)

EVETON MARDER LIMA VIANA
 CRBM 2519

OS RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS DEVEM SER INTERPRETADOS PELO (A) SEU (SUA) MÉDICO (A)



Jose Francisco de Lima
23/03/15

03/2015

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
PEDRO VELHO, 250 - SANTO ANTONIO
FOL 11-010, MOSSORO/RN
CNPJ: 35.650.324/0001-50
TELEFONE: (84) 3318-9000

Impresso: 22/03/2018 - 15:49:43

Pág.: 1/1

PACIENTE: 108151-JOSE FERREIRA DE LIMA

IDADE: 70 Anos

UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRAN

ENFERMARIA: 11G-AF 416

LEITO: 416-02

ADMISSÃO: 22/03/2018

DIAS INTERNADO: 0

PRESCRIÇÃO MÉDICA

22/03/2018 - 15:46:02

DIETA LIVRE

SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 1000 ML	1,00FR	EV	24H	
CEFALÓFINA 1G	1,00	EV	06/06H	+ DILUENTE
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00AMP	EV	06/06H	+ DILUENTE
TRAMAL 50MG/ML 2ML	1,00AMP	EV	08/08H	+ 100 ML SFO, 9%
OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00FA	EV	1X DIA	MANHA
CLEXANE 40MG / 0,4 ML	1,00SER	SC	1X DIA	

15 VITAIS - CUIDADOS GERAIS DE 6/6H

Nauseatum 1mg + 550mg 100ml 160 8154 160

Uso contínuo de analgésico

Controle a seguir com o paciente em observação contínua

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

Dr. Assia Giselle G. Veríssimo Cavalcante
Cardiologia
CRM - RN 5316

5316 - ASSIA GISELLE G. VERÍSSIMO CAVALCANTE

JPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 05/10/2020 12:12:32

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100512123227900000058613747>

Número do documento: 20100512123227900000058613747

Num. 61097075 - Pág. 29

Prontuário da Criança

Nome: Wilson Rodrigues Sobrenome: da Silva Data de Nascimento: 23/03/18

Tratamento: Tratamento de rotina para pneumonia 5H com antibiótico amoxicilina 500mg 3x ao dia por 10 dias. Com acompanhamento de enfermagem e fisioterapia respiratória. Iniciar com fisioterapia respiratória com técnicas de expansão pulmonar, higiene bucal e higiene das mãos. Iniciar com fisioterapia com exercícios de fortalecimento muscular e mobilidade articular.

ARJANA SEGURANÇA
23 JUL 2018

Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES
CPF: 208.970.744-08

24 Dec. Sat. - 1st day of snow.

[illegible]

[Faint handwritten notes at the bottom of the page]

number of the book is 107-108 08/14/2002
 a large number of
 107-108 08/14/2002

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018

V. E. N. C.



Relatório de Chuva

1. Nome do Proprietário: J. Francisco de Paula

2. Nome do Titular:

3. Endereço:

4. Cidade:

5. Estado:

6. Data da Chuva:

7. Hora da Chuva:

8. Quantidade de Chuva:

9. Descrição da Chuva:

10. Tipo de Chuva:

11. Quantidade de Chuva:

12. Quantidade de Chuva:

13. Quantidade de Chuva:

14. Quantidade de Chuva:

15. Quantidade de Chuva:

16. Quantidade de Chuva:

17. Quantidade de Chuva:

18. Quantidade de Chuva:

19. Quantidade de Chuva:

20. Quantidade de Chuva:

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

Assinatura do Proprietário:

Assinatura do Titular:

Assinatura do Responsável Técnico:

Assinatura do Responsável Técnico:

Assinatura do Responsável Técnico:



EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

10. Assinatura: _____ Convenio: _____ Unidade/Lector: _____
 Data: _____/_____/_____.

For the first time

1. All members of the Board of Directors
 shall have the right to vote on all matters
 presented to the Board.

Prescription Medicines

APR 27 1971

1. ...	14° 15' 30"
2. ...	12°
3. ...	15° 38' 30"
4. ...	10° 45' 30"
5. ...	10° 15'
6. ...	18°
7. ...	12° 18' 30"
8. ...	10°
9. ...	10°
10. ...	10°

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

Sezione amministrativa per:



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
CNPJ: 26.650.324/0001-50

MOSSORÓ/RN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00

Sexo: M

Idade: 70 ANOS

Convênio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE
Clínica: CLÍNICA GERAL Leito: 416-02

22/03/2018

Hora PA Temp FC FR Glicemia

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018

Assinatura

Page 1 of 1
Data impresso: 22/03/2018

17:10:00	ADMITO PACIENTE DO SEXO MASCULINO, PROVENIENTE DO SETOR DA RECEPCAO, VEIO EM CADEIRA DE RODAS ACOMPANHADO POR MAQUEIRO E FAMILIARES PARA TRATAMENTO DE FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA + FERIMENTO GRAVE EM CALCANEIO. SIC NEGA DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. RELATA SER HIPERTENSO, FAZ USO DE MEDICACAO COMO: VENZER HCT 16 MG/12,2 MG AO EXAME CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM O2 AMBIENTE AFÉBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDÍACO, TORAX SIMÉTRICO EM AMBOS, HEMITORAX MV+, RHA+, AVP EM MSE, VIBILIZANDO HV+ TERAPIA MEDICAMENTOSA CURATIVO EM MIE COM TIRAÇÃO DIURSE PRESENTE, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.	PRISCILA CASSANDRA MELO DE	Enfermeira COREN: 420693
----------	--	----------------------------	-----------------------------

Priscila Cassandra Melo de Oliveira
Enfermeira
COREN: 420693





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel: (54) 3338-9000

HOSPITAL
WILSON ROSADO

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M Idade: 70 ANOS
Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE
Clínica: CLINICA GERAL Leito: 416-01

22/03/2018

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

19:30:00	PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM O2 AMBIENTE, DIETA VO, AVP EM MSE. AO EXAME: AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, SEM QUEIXAS NOMINATIVAS, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. - PA: 130x80 TAX: 37,40% F.C.: 100 F.R.: 20 Glicemia: 0	JOCINEIDE ALVES DE MORAIS	Jocineide A. Moraes Téc. Enfermagem COREN/RN 1263788
20:00:00	ADMINISTRADO CEFALOTINA 1G 1FR+ABD EV+TRAMAL 50MG/ML 2ML+100ML DE SF0,9% EV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. PACIENTE NÃO ACEITOU SER ADMINISTRADO A CLEXANE. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0	JOCINEIDE ALVES DE MORAIS	Jocineide A. Moraes Téc. Enfermagem COREN/RN 1263788
22:00:00	ADMINISTRADO DIPYRONA 1AMP + ABD EV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0	JOCINEIDE ALVES DE MORAIS	Jocineide A. Moraes Téc. Enfermagem COREN/RN 1263788

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
CNPJ 35.650.324/0001-50

MOSSOROIRN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00

Sexo M

Idade 70 ANOS


Convênio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE

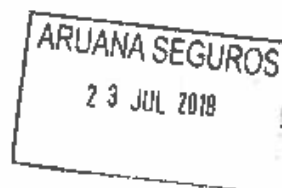
Clinica: CLINICA GERAL Leito: 416-01

23/03/2018

Hora PA Temp FC FR Glicemia

Assinatura

10:00:00	REALIZADO CURATIVO EM REGIÃO SACRAL. APRESENTANDO LESÃO POR PRESSÃO DE GRAU II, COM PRESENÇA DE BOLHAS ELIMINANDO EXSUDATO SEROSO, E COM HIPEREMIA EM ADJACÊNCIAS. UTILIZADO EM COBERTURA PRIMÁRIA, HIDROCOLÓIDE COM ALGINATO, E EM COBERTURA SECUNDÁRIA, GAZES ESTÉREIS FIXADAS COM FITA MICROPOROSA E, REALIZADO TROCA DE CURATIVOS EM MIE, EM REGIÕES DE PERNA, COM FIXADOR EXTERNO, ELIMINANDO EXSUDATO SANGUINOLENTO, E EM CALCÂNEO APRESENTANDO INCISÃO SUTURADA COM MEDIÇÃO DE APROXIMADAMENTE 10M CM DE EXTENSÃO. FEITO LIMPEZA ESTÉRIL COM SF0,9% E GAZES ESTÉREIS, UTILIZADO EM COBERTURA GAZES ATADURAS E FIXAÇÃO COM ESPARADRAPO.	KAROLAYNE GABRIELLA M RODRIGUES	 KAROLAYNE GABRIELLA M RODRIGUES CPF: 070.905.744-05
----------	---	---------------------------------	---





CARDIODIAGNOSTICO LTDA

HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Tel: (54) 3318.9200

Page 1 of 1
Data impresso: 23/03/2018

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data de internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M Idade: 70 ANOS

Convênio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE

Clinica: CLINICA GERAL Leito: 416-01

23/03/2018

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

14:00:00	PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, ACEITANDO POUCA DIETA, RESPIRANDO O2 AMBIENTE AO EXAME AFEBRIL, LUNFICO, MORMOTENSO, MORMOCARDICO, APT EM MMSE COM FIXADOR EXTERNO EM MMSE DIURESE PRESENTE, SEGUIR AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, ADMINISTRADO 01 FR CEFALOTINA 1G+ABD-EV. - PA: 120x80 TAX: 36,10x F.C.: 89 F.R.: 20 Glicemia: 0	ANTONIA ANDREA GOMES DE SOUSA	Antonia Andrea Gomes de Sousa Técnica Enfermagem CRESS - RN 510211
15:00:00	PACIENTE RECEBEU VISITA DE DR GURTEL QUE ORIENTOU PARA QUE O CURATIVO DO FIXADOR EXTERNO PERMANECA SENDO COBERTO APENAS COM GASES+ESPARRAPAO MICROPORE, NO MOMENTO REALIZADO CURATIVO UTILIZANDO PARA LIMPEZA DO FIRMAMENTO SFO, 9%, COBERTO COM GASES ESTERIL E ESPARRAPAO MICROPORE. PA: TAX: 0,00x F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0	ANTONIA ANDREA GOMES DE SOUSA	Antonia Andrea Gomes de Sousa Técnica Enfermagem CRESS - RN 510211
18:00:00	COLOCADA 19ETAPA SFO 9%+SODIML-EV. - PA: TAX: 0,00x F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0	ANTONIA ANDREA GOMES DE SOUSA	Antonia Andrea Gomes de Sousa Técnica Enfermagem CRESS - RN 510211

ARUANA SEGUR
23 JUL 2018



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
CNPJ: 35.650.324/0001-50
MOSSORÓ/RN

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Page 1 of 1

Data impresso 24/03/2018

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00

Sexo: M

Idade: 70 ANOS

Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE

Clinica: CLINICA GERAL Leito: 416-01

Profissional

Assinatura

24/03/2018

ARJANA SECUR
23 JUL 2018

2:00	Pa: Temp: 0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0 FOI ADMINISTRADO CEFALOTINA 1G 1FA + ABD IV CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	SANTSUANY	SANTY S F VIANA DE SOUSA TEC DE ENFERMAGEM COREN/RN 1150156
6:00	Pa: Temp: 0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0 FOI ADMINISTRADO SRS 500ML IV, REALIZADO CURATIVO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, CEFALOTINA 1G 1FA + ABD IV, CLEXANE 40MG 1SERINGA SC CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	SANTSUANY	SANTY S F VIANA DE SOUSA TEC DE ENFERMAGEM COREN/RN 1150156
6:20	Pa: Temp: 0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0 FOI REALIZADO CURATIVO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO	SANTSUANY	SANTY S F VIANA DE SOUSA TEC DE ENFERMAGEM COREN/RN 1150156
23/03/2018	Pa: 110x80, Temp: 36, FC: 98, FR: 20, Glicemia: 0 PACIENTE EVOLUIU CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, ACEITA DIETA POR VO, COM AVP EM MSD, ELIMINAÇÕES PRESENTES, SEM QUEIXAS AO EXAME FÍSICO, EUPNEICO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDÍACO. FOI ADMINISTRADO CEFALOTINA 1G 1FA + ABD IV, CLEXANE 40MG 1SERINGA SC CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	SANTSUANY	SANTY S F VIANA DE SOUSA TEC DE ENFERMAGEM COREN/RN 1150156

CARDIOLÓGICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel.: (084) 3348-5000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M Idade: 70 ANOS

Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE

Clinica: CLINICA GERAL Leito: 416-01

24/03/2018	Anotação	Técnico(a)	Assinatura
13:30:00	PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNICO, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, ESTÁ COM ACESSO VEMOSO PERIFERICO, ACEITOU BEM A DIETA, DIURSESE PRESENTE, EVACUAÇÃO PRESENTES, SEM QUEIXAS SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. - PA:110/70 TAX: 36,20% F.C.:100 F.R.: 21 Glicemia: 0	ANGELA MARIA PEREIRA DOS SANTOS	
14:00:00	FOI ADMINISTRADO, 1 FRA DE CEFALOTINA 1G, EV, 1 AMP DE ABD, 1 SERINGA 10CC, 1 AGULHA 40/12, - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	ANGELA MARIA PEREIRA DOS SANTOS	
18:00:00	FOI COLOCADO, 500ML DE SF 0,9% EV, - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	ANGELA MARIA PEREIRA DOS SANTOS	

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018



LAKUUBAUNUSILU LIMA

HOSPITAL WILSON ROSADO

PRÉPO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59011-030

CNPJ: 35.650.324/0001 50

Tel: (84) 3318-9000

WILSON ROSADO

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1
Data impresso: 26/03/2018

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M Idade: 70 ANOS

Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE

Clinica: CLINICA GERAL Leitor: 416-01

25/03/2018

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

08:00:00	PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADA ACESSO VENOSO PERIFÉRICO, AFEBRIL, NORMOTENSO RESPIRANDO EM O2 AMBIENTE, ACEITA BEM DIETA PRE CIRURGICO COM FIXADO NO MIE FOI MEDICADO COM 1FA CEFALOTINA +ABD FICA EM OBS; - PA:120X80 TAX: 36,00º F.C.:75 F.R.: 20 Glicemia: 0	IONETE FREITAS DA SILVA	
14:00:00	PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM ACESSO VENOSO PERIFÉRICO AFEBRIL NORMOTENSO RESPIRANDO EM O2 AMBIENTE, ACEITA BEM DIETA, REALIZADO CURATIVO NO MASE VAI REALIZA CIRURGIA AMANHÃ FOI MEDICADO COM 1FA CEFALOTINA 1G +ABD FICA EM OBS; - PA:120X80 TAX: 36,00º F.C.:75 F.R.: 20 Glicemia: 0	IONETE FREITAS DA SILVA	
18:00:00	ADMINISTRADO 1FA TAPA DE SF9% - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	IONETE FREITAS DA SILVA	



LARGUINHA AUGUSTILIO 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

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M Idade: 70 ANOS
Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE
Clínica: CLÍNICA GERAL Leito: 416-01

26/03/2018

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

08:00:00	PACIENTE EVOLUI BEM, CONSCIENTE E ORIENTADA, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, RESPIRANDO O2 AMBIENTE. EM DIETA ZERO. AO EXAME AFEBRIL, NORMOCARDIO, NORMOTENSO, EUPNEICO. PACIENTE PUNÇIONADO COM JELCO N20 EM MSD, DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÕES AUSENTES. ADMINISTRADO 1FR DE CEPALOTINA + ABD. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. - PA:130x90 TAX:36,20% F.C.:81 F.R.:20 Glicemia: 0	FERNANDA THAMARA L DA SILVA	
09:00:00	AFERIDO PRESSÃO ARTERIAL. - PA:120x80 TAX:0,00% F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0	FERNANDA THAMARA L DA SILVA	
12:00:00	REALIZADO CURATIVO. - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0	FERNANDA THAMARA L DA SILVA	

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018

10/10/2020

Arquana Seguros
S. Paulo

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018

10/10/2020





HOSPITAL
WILSON ROSADO

HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VIEIRA, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.374/0001-50
Tel: (84) 3318-9000

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

Page 1 of 2
Data impressa: 27/03/2018

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00

Sexo: M

Idade: 70 ANOS

Convênio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE

Clinica: CLINICA GERAL Leitor: 416-01

26/03/2018

PROFISSIONAL

ASSINATURA

20:20	Pa.: 120x80, Temp.: 36, FC.: 88, FR.: 20, Glicemia: 0 RECEBO PACIENTE PROVENIENTE DO CRO, EM MACA+ MAQUIEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, O2 AMBIENTE, ACEITA DIETA, AO EXAME: NORMOTERMICO, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, EUPNEICO, SPO2: 91%, AVE EM MED. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES SEGUE AOS CUIDADOS.	ANA SABRINA PROVEDES RIBEIRO CAVALCANTE	
21:00	Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 ADMINISTRADO SG 5% SODIAL IV CONFORME PRESCRIÇÃO.	ANA SABRINA PROVEDES RIBEIRO CAVALCANTE	
22:00	Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 ADMINISTRADO TILATIL 40MG+ABD IV CONFORME PRESCRIÇÃO.	ANA SABRINA PROVEDES RIBEIRO CAVALCANTE	

27/03/2018

0:00	Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 ADMINISTRADO SRS SODIAL EV, CEFALOTRINA 1G+ABD EV, DIPIRONA 4ML+ABD EV, CONFORME PRESCRIÇÃO.	ANA SABRINA PROVEDES RIBEIRO CAVALCANTE	
3:00	Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 PACIENTE APRESENTOU DORES FORTES EM MSE LOCAL DA CIRCUNF. E FOTOMEDIADO COM TRAMAL 1AMP+100ML DE SFO 0,9% EV	ANA SABRINA PROVEDES RIBEIRO CAVALCANTE	
4:00	Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 SEM QUEIXAS, SEGUE AOS CUIDADOS.	JOCENEIDE ALVES DE MORAIS	

Sigep - Sistema para Cessão Hospitalar

JPg Soluções em Informática (85) 9944-5161



HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 350
SANTO ANTONIO - MIOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel.: (84) 3338-9000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M Idade: 70 ANOS
Convênio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE
Clínica: CLÍNICA GERAL Leito: 416-01

27/03/2018		Anotação	Técnico(a)	Assinatura
07:00h	PACIENTE POS OP, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOTENSO, AFEBRIL, EUPNEICO, EM AA, NUTRICARDO, DIETA VO, DIURESE E EVACUAÇÕES ESPONTÂNEAS. CURATIVO EM REGIÃO SACRAL E CURATIVO EM MIE. SEGUIR AOS CUIDADOS DA EQUIPE. - PA: 120x80 TAX: 36,00% F.C.: 89 F.R.: 0 Glicemia: 0		BRUNO SEZAR PAIVA	Bruno Sezar de Paiva Téc. de Enfermagem COREN-RN 1004265
10:00h	ADMINISTRADO 1L ATIL 1 FA + ABD EV - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0		BRUNO SEZAR PAIVA	Bruno Sezar de Paiva Téc. de Enfermagem COREN-RN 1004265
12:00h	ADMINISTRADO DIPIRONA 1 FA + ABD EV, CEFALOTINA 1 FA 1 G + ABD EV - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0		BRUNO SEZAR PAIVA	Bruno Sezar de Paiva Téc. de Enfermagem COREN-RN 1004265
12:00h	COLOCADA 1 ETAPA DE SRS IV 500 ML - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0		BRUNO SEZAR PAIVA	Bruno Sezar de Paiva Téc. de Enfermagem COREN-RN 1004265

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018



HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel: (54) 3318-9000

Page 1 of 1
Data impresso 28/03/2018

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M Idade: 70 ANOS
Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE
Clínica: CLÍNICA GERAL Leito: 416-01

28/03/2018

Anotação

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018

Técnico(a)

Assinatura

08:00:00	RECEBO PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, RESPIRANDO EM O2 AMBIENTE, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, ACEITANDO SUA DIETA V.O AO EXAME: HIPOTENSO, NORMOCÁRDICO, AFBRL, EUPNEICO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E ESPONTÂNEAS, COM CURATIVO LIMPO EM MLE E AVP NO MISE VIABILIZANDO H.V E TERAPIA MEDICAMENTOSA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: 100/60 TAX: 36,00% F.C.: 76 F.R.: 20 Glicemia: 0	PUERIA PALOMA LEONEZ LEANDRO	
10:00:00	ADMINISTRADO TILATIL 40MG + ABD IV - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0	PUERIA PALOMA LEONEZ LEANDRO	
10:30:00	RETIRADO AVP E PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR POR ORDEM MÉDICA - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0	PUERIA PALOMA LEONEZ LEANDRO	





Dr. Emanuel Fernandes de Paula, MD - CCD - CDT.

ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA - CRM-4009 - TEOT 9450

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - SBOT

Membro do Comitê de Osteoporose e Doenças Osteometabólicas - SBOT

Membro Afiliado Internacional da Academia Americana de Cirurgias Ortopédicas - AACS

Membro Coligado ao Colégio Brasileiro de Radiologia - CBR

Osteomediasta Clínico e Técnico Certificado pela Sociedade

Internacional de Osteofonometria Clínica - ISCO

O Sr. João F. de Almeida
foi vítima de Acidente de
Trânsito, ocorrido em 10/03/18, no qual
ocorreu a fratura exposta de
fêmur do membro inferior direito e
fratura de costela com pneumotórax
e hemotórax esquerdo. Após
suas lesões.

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

Dr. Emanuel S. Paula
Osteomediasta Clínico e Técnico
Certificado pela Sociedade
Internacional de Osteofonometria Clínica - ISCO

10/07/18

Rua Manoel Alexandre, 561 - Princesinha do Oeste
Fone: (84) 3351-9000 - 99924-1791 - Pau dos Ferros/RN



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
JOSE ANTONIO CAMPOS DO REGO

DOC. IDENTIDADE / CRO. ZAP. UF
1134749 RJ

CNPJ
664.442.764-20 DATA NASCIM. 17/02/1970

RENHA
ANTONIO DIAS CAMPOS
MARIA NORBUCA DO REGO
CAMPOS

IDENTIFICACAO
Nº IDENTIFICACAO 64412348416 VALIDADE 22/05/2018 P. HABILITACAO 29/10/1993

ASSINATURA
Jose Antonio Campos do Rego

SOCAL
ZAI DOS FERROS, HN DATA EMISSAO 26/05/2014

35394656280
RN701977873

DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)

958203611

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018





Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 05/10/2020 12:12:32

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100512123227900000058613747>

Número do documento: 20100512123227900000058613747

Num. 61097075 - Pág. 49

MINISTÉRIO DAS CIDADANES		DETTRAN - RN		Nº 013103B56180	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		RNTG		EXERCÍCIO 2017	
VIA 1	COD RENAVAM 00225469548	NOME JOSÉ FERREIRA DE LIMA			
CPF/CNPJ 084.232.451-87		PLACA RNQ9316		EXERCÍCIO 2017	
PLACA ANT / RN RNQ9316 / RN		CHASSI 9C2KD0520AR057460		DATA EMISSÃO 01/06/2017	
ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APPLICAVE		COMBUSTÍVEL ALCOOL-GASOL		PLACA RNQ9316	
MARCA / MODELO HONDA/HR150 BROS MIX ES		ANO FAB 2010		ANO VENC 2010	
CATEGORIA PARTICULAR		COR PREDOMINANTE VERMELHA		MARCA / MODELO HONDA/HR150 BROS MIX ES	
CNP / POT / CL 0CV/149 CILINDRADAS		COTAGEM 05/05/2017		ANO FAB 2010	
COTA UNICA R\$ 0.00		VENC COTA UNICA 05/05/2017		ANO VENC 2010	
PARCELAMENTO / COTAS 014914 3X R\$ 22.90		VENC COTAS 1º PAGO 2º PAGO 3º PAGO		ANO VENC 2010	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 107 (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$) 107 (R\$)		ANO VENC 2010	
LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO		OBSERVAÇÕES ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65		ANO VENC 2010	
BANCO HONDA S/A		MOTOR: KDB5E2A057460		ANO VENC 2010	
PNU DOS TERCEIROS		DATA DE PAGAMENTO 01/06/2017		ANO VENC 2010	
COORDENADOR DO REGISTRO E LICENCIAMENTO		COORDENADOR DO REGISTRO E LICENCIAMENTO		ANO VENC 2010	

CONTINUA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013103B56180 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017

DATA EMISSÃO 01/06/2017

PLACA RNQ9316

CPF/CNPJ 084.232.451-87

RENAVAM 00225469548

MARCA / MODELO HONDA/HR150 BROS MIX ES

ANO FAB 2010

CHASSI 9C2KD0520AR057460

ANO VENC 2010

PREMIO TARIFARIO

PIS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

COTA UNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.248.808/0001-04

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180337286 **Cidade:** Pau dos Ferros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 21/03/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDANDO COM AUXÍLIO DE MULETAS. APRESENTA DEFORMIDADE IMPORTANTE EM TORNOZELO ESQUERDO. EDEMA (+++/4+). APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM DE FLEXAO DO TORNOZELO ESQUERDO DE ADUÇÃO (10 GRAUS), FLEXAO DORSAL (5 GRAUS), FLEXAO PLANTAR (10 GRAUS), ADUÇÃO (10 GRAUS).

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, COM PRESERVAÇÃO DE FUNÇÃO DO MEMBRO ACOMETIDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Raimundo Pereira de Oliveira Neto

CRM do médico: 7041

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Médico revisor: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **JOSE FERREIRA DE LIMA**

DATA DO ACIDENTE **21/03/2018** CPF DA VÍTIMA **084.232.451-87**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO **JOSE ANTONIO CAMPOS DO REGO**

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM A VÍTIMA É **PROCURADOR**

ENDEREÇO DO PORTADOR **RUA MANOEL FLOR**

Nº **11** COMPLEMENTO **CASA** BAIRRO **FREI DAMIÃO**

CIDADE **PAU DOS FERROS** UF **RN** CEP **59.900-000**

E-MAIL **camposregio@hotmail.com** TELEFONE (**84**) **9.9681-4391**

23 JUL 2018

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)

(X) IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUITADAS

(X) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• MORTE - R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRABALHISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA **23/07/2018**

IDENTIDADE **1.134.748 SSP / RN**

ASSINATURA **23/07/2018**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA **23/07/2018**

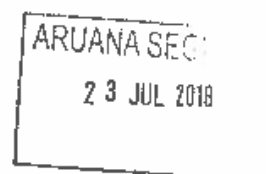
NOME **Francisco de Assis**

ASSINATURA **Francisco de Assis**

Dados do Veículo de placa NNQ9315						Em 23/07/2018 13:00:53	
Placa NNQ9315	Renavam 225469545	Placa Anterior NNQ9315/RN	Tipo 4-MOTOCICLETA		Categoria 1-Particular	Espécie 1-Passageiro	Lugares 2
Marca/Modelo 014914-HONDA/NXR150 BRÓS MIX ES (Nacional)		Fabricação/Modelo 2010/2010		Potência 0	Combustível 16-Alcool-Gasol	Cor 15-VERMELHA	Carroceria 999-NAO APLICAVEL
Nome do Proprietário JOSE FERREIRA DE LIMA						Recadastrado DETRAN DetranNet	
Proprietário Anterior MOTOESTE MOTORES P E ACSS OESTE LTDA						Situação Lacre REGULAR Portaria 272/2007 DENATRAN	
Município de Emplacamento PAU DOS FERROS		Licenciado até 2018 em 18/05/2018, Licenciamento Anual on-line (CRLV emitido por DDETRAN\01135901481)(Via 1)			Adquirido em 15/07/2010	Situação Em Circulação	
Restrição à Venda Alienação Fiduciária em favor de BANCO HONDA S/A						Camê de Licenciamento 2018 Não gerado em 23/04/2018 às 16:09 hs. (Algum débito 2018 pago)	
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame Registro de Baixa de Alienação Fiduciária informado por BANCO HONDA S/A em 14/07/2014 às 18h26min para JOSE FERREIRA DE LIMA							
Impedimentos Nenhum impedimento registrado até esta data							
▼ Listagem de Débitos Nenhum débito em aberto cadastrado para este veículo.							
▼ Infrações em Autuação Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.							
▼ Listagem de Multas Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.							
▼ Último Processo							
Processo 57004520/2010		Interessado 08423245187		Início em 21/07/2010 às 10h28min			
Situação Encerrado				Final em 23/07/2010 às 09h44min			
Serviço				Execução em			
Primeiro Emplacamento				Em 21/07/2010 às 10h28min por 37820788453			
Alienação Fiduciária				Em 21/07/2010 às 10h28min por 37820788453			
Geração de guia de pagamento				Em 21/07/2010 às 10h28min por 37820788453			
Auditoria				Em 23/07/2010 às 09h44min por 14622181487			
Emissão CRV(1ª via)				Em 23/07/2010 às 09h48min por 52977846700			
▼ Recurso de Infração Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.							
▶ Histórico de Impedimentos Nenhum impedimento cadastrado para este veículo.							

**Não Possui valor como
NADA CONSTA !**

Voltar



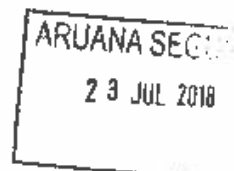
DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2018 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

BILHETE PAGO EM: 07/05/2018

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	RN/NNQ-9315
CHASSI Nº:	9C2KD0520AR057460
RENAVAM:	00225469545
NOME DO PROPRIETÁRIO:	JOSE FERREIRA DE LIMA
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 185,50 (CENTO E OITENTA E CINCO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018



Em caso de dúvidas, entrar em contato com a Central de Pagamentos DPVAT através do 0800 701 3427

Para pagar com a nossa empresa: a Seguradora Líder DPVAT uniu a sua rede nacional de pontos para pagar a favor



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180337286 **Cidade:** Pau dos Ferros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 21/03/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

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

Outorgante: JOSE FERREIRA DE LIMA... brasileiro(a), estado civil ...CASADO...
profissão.....APOSENTADO..., residente e domiciliado à Rua .. SÃO JOÃO..., nº ..340...,
bairro SÃO BENEDITO..., Município de ...PAU DOS FERROS..., Estado de(o)
.....RN..., Cep.:59.900-000..., portador(a) do Rg nº..... 685.710..., SSP / RN... e CPF
nº ... 084.232.451-87.....

Outorgado:JOSÉ ANTONIO CAMPOS DO REGO.....brasileiro(a),
estado civilDIVORCIADO....., profissão ..AUTÔNOMO....., residente e
domiciliado(a) à Rua..MANOEL FLÔR....., nº ..11....., bairro.....FREI
DAMIÃO..... Município dePAU DOS FERROS....., Estado de (o).....RN.....
Cep..59.900-000..., portador (a) do RG nº...1.134.748.-SSP/ RN... e CPF nº..664.442.764-20..

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) .. JOSE FERREIRA DE LIMA....., ocorrido em ..21...../..03...../..2018..., conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

.....PAU DOS FERROS - RN.....17...., deMAIO de 2018.

CARTÓRIO JALES
1º. Ofício

[Assinatura]
Outorgante
CPF Nº 084.232.451-87.....

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade

[Assinatura]

PAU dos F. 01/06/2018

AVANY MARIA DE MOTA PAIVA DIAS
ABELIA SUBSTITUTA - CPF 490.554.104-2



ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

