

EXAMES COMPLEMENTARES

Rx Coxa (O) AP/P.
Bacia (AP)

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

Libertado

Hospital Declecio M. Lucena
CONFERE COM O ORIGINAL
Painagem 09/05/19
Antonia Aldezia Soares
Aux. em Saúde
Mat. 155.455-7

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>ORTOPEDIA</u>	☐ REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR _____ DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA _____ HORA _____	A REVELIA ☐
ENTREGUE _____ A FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐

MÉDICO

(Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

SUSLaudo de Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 7118 / 2019

(712)

RX NO PRONTUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 120321 JAILSON FERREIRA DA SILVA

Prontuário:

CNS: 898005907840805

Nascimento: 10/12/1976 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA

Pai:

Endereço: SÍTIO LAGOA DO SÍTIO, 79 - MACAIBA - MACAIBA

Fone: 88161987 /

Município: MACAIBA

Código Municipal IBGE: 240710

UF: RN

CEP: 59280-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM TRAUMA NA COXA DIREITA HOJE
NV NORMAL

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S72.3 FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR*408050519. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR

Profissional Solicitante / Assistente:

MICHEL FREIRE DE ARAÚJO

CRM: 4423 / RN

Data da Solicitação 23/03/2019

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 TrajetoVínculo com previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Nº Autorização da AIH:

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Documento: ☐ CNS ☐ CPF nº

Data da Autorização: / / Assinatura/Carimbo:

Hospital Decência M. Lucena
CONFERE COM O ORIGINAL
Participante: 09/03/19
Antônia Aldeideia Soares
Aux. em Saúde
Mat: 155.455-7



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE FELIX DO FORTES DE SILVA	6 - Nº DO PROTOCOLO					
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)						
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Febre do fígado D12	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Hepatite crônica	19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Hc + r22	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Febre do fígado	21 - CID INICIAL 572.1	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Febre do fígado 2º e 3º graus	25 - CID DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	29 - DT SOLICITAÇÃO	30 - CNS / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
---	--------------------------	----------------------	----------------------------	---------------------------------------	---------------------	----------------	--

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL			
42 - CID SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, ngraves de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.

010.019.106-0



GOVERNO DO ESTADO DO RN - SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
UNIDADE DE GERENCIAMENTO DE VAGAS - UG

ENCAMINHAMENTO

SENHA:

PACIENTE: Paulson Ferreira da Silva

DIAGNÓSTICO

Fernun

SETOR DE ORIGEM

HUM

AUDITOR AUTORIZADOR

DESTINO

HDM

DATA

09/04/19

RECEPÇÃO PELO HOSPITAL

☐

ACEITA

☐

RECUSADA

MOTIVO

Assinatura Responsável

Hospital Deoclécio M. Lucena
CONFERE COM O ORIGINAL
Parnamirim 09/04/19
Antônio Almeida Soares
Aux. em Saúde
Mat: 155.455-7



Hospital		Nome do paciente		Nº prontuário	
Data operação		Enf.		Leito	
Operador		1º auxiliar		2º auxiliar	
3º auxiliar		Instrumentador		Anestesista	
Tipo de anestesia		Diagnóstico pré-operatório		Tipo de operação	
Relatório imediato do patologista		Exame radiológico no ato		Acidente durante a operação	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

PACIENTE SOB ANESTESIA, ASSEPSIA CAMPOS, INCISÃO LATERAL, DISSECAÇÃO LIM. PEÇA DOS FRAGMENTOS, REPOSICIONAMENTO DO FEMUR COM 10 FIOS, OS PARALISANDO CURTICAS. LAIBON COM 5.7 0,9, SUTURADO POR FLE- NOS, CURATIVO

Dr. Carlos Magno P. do Carmo
Ortopedista - Traumatologia
Perito em Traumatologia
CRM 2108 - TEOT 5981
CPF: 188.304.804-44

1 CIRURGIAS MÚLTIPLAS

0415010012

1 POLITRAUMATIZADO

0415030913

1 PROC. CLÍNICO

1 PROC. CIRÚRGICO

04010505A

CEB. 225225

CEB. 225226

DIAS

1 CID. 57.3

Hospital Decésio de Lucena
CONFERE COM O ORIGINAL
05/05/19

Antônia Almeida Soares
Aux. em Saúde
Mat. 155.455-7

Hospital Decidêcio M. Lucena
CONFERE COM O ORIGINAL
Parnamirim 07/05/19
Antônia Aidesa Soares
Aux. em Saúde
Mat: 155.455-7

1000. Porcentaje de compresión en la base por ciento de 246. Carga máxima nominal

P Pulso	O Resp.	Anest.	Oper.	Líquidos	Agentes Anestésicos
260					
250					
240					
230					
220					
210					
200					
190					
180					
170					
160					
150					
140					
130					
120					
110					
100					
90					
80					
70					
60					
50					
40					
30					
20					
10					

[illegible]

ALBERGO A DÍPIRONA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Antônia Adelaide Soares
Aux. em Saúde
Mat: 155.455-7

Nome: Felipe Fereira da Silva Idade: 43 D/N: 1
Pront: 165273 Município: Macarã Procedência: (X) Interno () Externo
Data da cirurgia: 11.04.19 Hora Admissão: Bloco: 13 Sala: 14 Hora Saída: 14 Peso: 70
Alergias: () Não (X) Sim Penicilina Comorbidades: () HAS () DM () Outras nenhuma
Uso de medicações: (X) Não () Sim Insulina Jejum: () Não (X) Sim
SSW Admissão: PA: 100/65 mmHg Pulso: 70 bpm FL: 70 rpm FC: 70 bpm SpO2: 98 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): Tatiana Instrumentador(a): Augusto Circulante: Polina

Cirurgia: TTT cir de H de Farrel (D) Especialidade: Otorrinolaringologia Sala: 01
Hora Início: 14:00 Hora Término: 15:00 Tipo de cirurgia: (X) Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. Pedro Melo Aux.: Dr. Carlos Augusto Residente: Dr. Carlos Augusto

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: 13:40 () Bloqueio (X) Raquidiana Ag.º 26 () Peridural () Cateter () s/cateter
Ag.º 13 Cateter nº: 40 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: 13:40 Término: 15:00
Anestesiologista: Dr. Sérgio

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
☒ Consciente	☒ Normocorada	☒ Normotenso	☒ Jelco	☒ ECG
☐ Letárgico	☐ Hipocorada	☐ Hipotensão	☐ Acesso V. Central	☒ Oximetria
☐ Coma	☐ Cianótica	☐ Hipertensão	☐ Cat. Diálise	☐ Capnógrafo
☒ Orientado	☐ Ictérica	☐ Hipocárdico	☐ Fístula	☒ PA
☐ Desorientado	☐ Desidratada	☒ Bradicardia	☐ Arteriovenosa	☐ Estimul. Nervo
☐ Sedado	☐ Íntegra	☐ Taquicardia	☐ SNG	☐ Diprífusor
☐ Ansioso	☒ C/lesões	☐ Choque	☐ SVD	☐ BIC
☐ Deambula	☐ Sudorese	☐ Normoesfígmico	☐ Colostomia	☐ Desfibrilador
☐ t/ dificuldade	☐ Cicatriz cirúrgica	☒ Eupnéia	☐ Cistostomia	
☒ Acamado	☐ Higiene Satisfatória	☐ Dispneia	☐ Dreno: <u>+</u>	
☐ Paraplégico	☒ Higiene deficiente	☐ Dispositivo O2	☐ Aparelho gessado	
☐ Tetraplégico	☐ Manchas		☐ Tração	
☐ Amputações	☐ S/Tricotomia		☐ Tales	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>91</u>	<u>70</u>	<u>65</u>	Bpm
Pulso	<u>90</u>	<u>69</u>	<u>64</u>	Bpm
Oximetria	<u>94</u>	<u>98</u>	<u>98</u>	%
Capnografia	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	%
PA	<u>100/65</u>	<u>90/64</u>	<u>80/70</u>	mmHg

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

ACESSO VENOSO
☐ Punção Arterial
☐ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central
☐ Dissecção venosa
Local: <u>—</u>
Cateter: <u>—</u>

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
(X) Sim () Não (X) Metal () Descartável
Local: <u>OMOPLATA (D)</u>
DEGERMAÇÃO
(X) Sim () Não
TRICOTOMIA
() Sim (X) Não
Local: <u>MEIO</u> Solução: <u>clorox</u> Local: <u>—</u>

SONDAGEM GÁSTRICA
☐ SNG nº <u>—</u>
Retorno: <u>—</u>
CATETERISMO VESICAL
☐ SVF nº <u>—</u> SVA nº <u>—</u>
Diurese: <u>—</u>
Profissional responsável: <u>—</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u>—</u>
Tela: <u>—</u>
Cateter: <u>—</u>
Ostomia: <u>—</u>
Fio de KC: <u>—</u> Parafuso - tipo: <u>—</u>
Placa - Tipo: <u>—</u>
Outros: <u>—</u>

EXAMES SOLICITADOS
() Hemograma
() Coagulograma
() Tipagem Sanguínea
() Radioscopia (Raio X)
() Gasometria
() Outros
() Glicosimetria

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>BOSTON 4.5</u> Quant. Material: <u>OK</u>
Val.: <u>33/07/19</u> Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE CENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemoconcentrado _____ Unid.
() Albumina _____ Unid.

() Plasma _____ Unid.
() Expansor plasmático _____ Unid.

() Plaquetas _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

VER BOLETIM h: _____
ANESTESIOLOGIA h: _____
h: _____

h: _____
h: _____
h: _____

h: _____
h: _____
h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml
() Soro Glicosado: _____ ml

() Soro Ringer Simples: _____ ml
() Soro Ringer Lactato: _____ ml

Quantidade total de volume
administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO

() Não () Sim Peça:

Peça para sepultamento: () Não () Sim

Swab para cultura:

Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () limpo () c/ exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Tatas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS:

Não houve intercorrências, porém sangramento por 201 e 202
curativos de ferida no 228A

Felipe Eduardo Pinto Lins
COREN-RN 133383-TE

Ass: _____

Coren: 133383

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcoze () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de
colostomia () Outro:
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: SE EP

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 15:37 Data: 11/04/19 Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcoze () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: _____ Local: _____ Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique:
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () IPA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC

Relate:

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		68		68	98	
30'		83			98	
60'		81			98	
Alta		84			98	

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: 1500 ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno de Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

Paciente em PP de estômago
de jejum de jejum, curativo, curativo, curativo
pulso 102 bpm, saturação 98%
Ass: _____ Coren: RN

ALÉRGICÒ A DIPIRONA

PACIENTE: JAILSON FERREIRA DA SILVA

DATA: 13.04.19

[illegible]

EVOLUÇÃO=

2nd DPO
Pte. Sun
Alta Hosp

12 ABR 2019

MOD. 01 DEC. 1980 M. LUCERA
 CONF. 01/05/19
 Parramundi
 Anita S

Antonia Aldeizita Soares
Aux. em Saúde
Mat: 155.455-7

NOME EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 Nº 1.684.741
 DATA DE 22.04.96
 JAILSON FERREIRA DA SILVA
 Cícero Ferreira da Silva
 Antonia Francisca de Paiva
 Vera Cruz Rm.
 10.02.1976
 Cert. Nasc. 1.132 fls 209 lv.6.
 Cartório Vera Cruz Rm.
 José Roberto C. Martins
 Identificação

Não alfabético o m
 PRO CIDADÃO DO NORTE
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE POLICIA
 COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO
 MEMBRADA FOTOGRAFICA DO BRASIL Nº 1
 IDENTIFICACAO DO INDIV. Nº 1




CUMPRIR PONDANCIA SINISTRO
 3190694323

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

003.899.658

DATA DE
EXPEDIÇÃO

28/12/2017

NOME

ROCCO MELIANDE NETO

FILIAÇÃO

MARTINO CARMINE MELIANDE
PASQUALINA PASQUALE MELIANDE

NATURALIDADE

RIO DE JANEIRO RJ

DATA DE NASCIMENTO

05/07/1965

DOC. ORIGEM

CERT. DE CASAMENTO L-BE5-A F-175 RG-1170
SAO PEDRO DA ALDEIA RJ-CARTORIO UNICO CARTORIO

CPF

912.337.807-78

Josebias Ferreira do N. Junior

1a. VIA
Diretor de Identificação

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DUT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 010348483381
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 163588 INTRO: 2014 EXERCÍCIO: 2014

NOME: DANIELSON DE MORAIS SIMPLICIO

PLACA: 085.438.404-90

CHASSI: 0JX4053

ESPECIE TIPO: B COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CB 125 FAN RS

CAP/POT/CIL: 8CV/124 CILINDRADAS

CATEGORIA: PARTICULAR

COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: R\$ 16/05/2014

VENÇ. COTA ÚNICA: 1º PAGO

FAIXA IPVA: 2044 3X

PARCELAMENTO/COTAS: 2º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$): *** TAXAS DETRAN: PAGO ***

IDF (R\$): DPVAT: PAGO

PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 25/09/2014

ALIEU. FID. EM FAVOR DE: 50% 2059411/8001-13

BANCO PANAMERICANO S/A

MOTOR: JC41E121381

LOCAL: NATAL/RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
ALUMINOS DE VANTAGEM PRESTADO POR VEICULO A PESSOA
TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

RN Nº 010348483381 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DANIELSON DE MORAIS SIMPLICIO

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

085.438.404-90 www.dpvatsegurodotransito.com.br 0JX4053

SAC DPVAT 0800 022 1204

DANIELSON DE MORAIS SIMPLICIO

PLACA: 085.438.404-90

CHASSI: 0JX4053

RENAVAM: 163588

MARCA/MODELO: HONDA/CB 125 FAN RS

ANOTAB: 1

CILIND: 124

POT: 8CV

COR: PRETA

PREMIO TARIFARIO (R\$): 163588

FNS (R\$): 2014

DETRAN (R\$): 9

CUSTO DO SEGURO (R\$): 902,40

CUSTO DO BILHETE (R\$): 121,38

IDF (R\$): 0

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$): 1023,78

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO: 25/09/2014

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.243.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

698318-9

10/1-2013

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447139/19

Vítima: JAILSON FERREIRA DA SILVA

CPF: 027.988.524-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/04/2019

Titular do CPF: JAILSON FERREIRA DA
SILVA

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JAILSON FERREIRA DA SILVA : 027.988.524-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros



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: 11/12/2019
Nome: JAILSON FERREIRA DA SILVA
CPF: 027.988.524-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

JAILSON FERREIRA DA SILVA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

SEGURADO R/L DOB DPVAT
Rua DA ASSOMBLEIA, 100
16º ANDAR
Conc. R/
Cód.: 20.011-204



2 Correios		REGISTRADO URGENTE	PESO (kg)
		registered priority	106
Recebido por			106
Assinatura	Doc.		106
JU 47042915 0 BR			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



RIO GRANDE DO NORTE

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



POLEGAR DIREITO



Foro Perícia 13.10.2011

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447139/19

Número do Sinistro: 3190694323

Vítima: JAILSON FERREIRA DA SILVA

CPF: 027.988.524-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/04/2019

Titular do CPF: JAILSON FERREIRA DA SILVA

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

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.