
Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111556

Vítima: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 27/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111556

Vítima: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 27/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000756

Conta: 0000062178-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 067.406.064-47 4 - Nome completo da vítima: Leonardo Bruno Silva do Nascimento

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

5 - Nome completo: Leonardo Bruno Silva do Nascimento 6 - CPF: 067.406.064-47
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Rua Aurora 9 - Número: 57 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Pium Distrito Litoral 12 - Cidade: Parnamirim 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59160-830
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (84) 99134-3008 (84) 99806-1091

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0956 CONTA: 62198 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Parnamirim 24 de janeiro de 2020.

LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NÍSIA FLORESTA - NÍSIA FLORESTA - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000537/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/01/2020 16:53 Data/Hora Fim: 02/01/2020 17:07
Delegado de Polícia: Marcelo de Araújo Aranha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Nísia Floresta

Data/Hora do Fato: 27/11/2019 16:30

Local do Fato

Município: Nísia Floresta (RN)
Logradouro: Rua do Alecrim

Bairro: Timbó
Nº: s/n

Ponto de Referência: Perto da parada de ônibus do pé de Castanhola
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Natal Sexo: Masculino Nasc: 12/06/1985
Profissão: Borracheiro
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES Nome do Pai: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 067.406.064-47
RG - Carteira de Identidade: 2175501

Endereço

Município: Parnamirim - RN
Logradouro: rua da Aurora Nº: 57
Complemento: A
Bairro: PIUM CEP: 59.160-830
Telefone: (84) 99419-3050 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 067.406.064-47	Placa NNS6263
Renavam 00327625325	Número do Motor E3D2E-026836
Número do Chassi 9C6KE1250B0020935	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor AZUL	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Parnamirim	Marca/Modelo YAMAHA/XTZ 125E
Modelo YAMAHA/XTZ 125E	Veículo Aculturado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 06/10/2015	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------

Delegado de Polícia Civil: Marcelo de Araújo Aranha
Impresso por: Marcelo Bulhões Antunes de Lima
Data de Impressão: 02/01/2020 17:08
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NÍSIA FLORESTA - NÍSIA FLORESTA - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000537/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Comunicante disse QUE: havia ido a casa da sua irmã no dia 27/11/2019, retirar uns cocos e ao sair da casa dela em direção a sua residência, na estrada supracitada no Distrito de Timbó o saco dos cocos rasgou e o pneu traseiro passou por cima, fazendo-o cair ao chão; QUE, foi socorrido por um amigo, chamado JESSÉ que o encaminhou ao Hospital da Praia de Pirangi em Pamamirim, em seguida foi transferido para o Deoclécio Marques. Nada mais disse.
O comunicante anexou para fazer o BO os seguintes documento: Cópia do CRLV, CNH, Comprovante de Residência e Laudo Hospitalar que informa que caiu de motocicleta.
Deseja entrar com o seguro DPVAT.

ASSINATURAS

Marcelo Bulhões Antunes de Lima

Agente de Polícia

Matrícula 2071908

Responsável pelo Atendimento

LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 067.406.064-47 4 - Nome completo da vítima: Leonardo Bruno Silva do Nascimento

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

5 - Nome completo: Leonardo Bruno Silva do Nascimento 6 - CPF: 067.406.064-47
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Aurora 9 - Número: 57 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Pium Distrito Litoral 12 - Cidade: Parnamirim 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59160-830
15 - E-mail: (84) 9 9134-3008 (84) 99806-1091

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0956 CONTA: 62178 4

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Parnamirim 24 de Janeiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00756

CONTA: 000000062178-4

Nr. da Autenticação 9C1A19C18928920C

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



COSERN

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELETRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 150 - Baldo, Natal - RN, CEP 55025-250
CNPJ 08.324.198/0001-01 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

2ª VIA

DADOS DO CLIENTE

SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES

CPF: 323.846.554-20

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA AURORA 57

PRIM/DISTRITO LITORAL
PARANAMIRIM RN
59160-830

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0188491014	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE INÍCIO DO PERÍODO LITORAL
11/07/2019	05/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	43,33

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
036582432	CRCA	04/07/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DE RETENÇÃO
04/07/2019	310073532	1243008

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (VPM)	52.000000	0.66942517	34.88
Acrescimo Bandeira AMARELA			0.10
Custo Ilum. Pública Municipal			4.41
Multa por atraso NF 025881188 - 03/05/19			0.31
Juros por atraso NF 025881188 - 03/05/19			0.21
Acq. Cxq30 (GPR) R 11159 - 168 - 03/05/19			0.09
Bônus TRF - art. 11 da Lei 10.438/02			-0.47
TOTAL DA FATURA			43,33

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJISTE	CONSUMO (KWH)
5964274	CAT	04-06-2019	99.246.00	04-07-2019	99.333.00	30	1.0000		86,00

HISTÓRICO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO
Consumo Ativo (VPM)	Consumo Ativo (VPM)	Consumo Ativo (VPM)
Consumo Ativo (VPM)	Consumo Ativo (VPM)	Consumo Ativo (VPM)

NOTA FISCAL | PRINCIPAL | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTERUA MARCOS LEO SAID
PARAI, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 55011-250
CNPJ: 06.924.199/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20681199-0

COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
Ligação Gratuita:

- TELEATENDIMENTO COSERN: 116

- Atendimento ao Deficiente Surdo ou da Fala: 0800 381 0142

- Ouvidoria: 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços de Energia Elétrica - ANEEL: 167

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167

- Serviço Gratuito de Telefonia 1160 e 1161

DADOS DO CLIENTE
SEVERINA JULIA DE LIMADATA DE VENCIMENTO
10/09/2019TOTAL A PAGAR
R\$ 57,42DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL
03/09/2019CONTA CONTRATO
7001931380DATA DA APRESENTAÇÃO
03/09/2019NÚMERO DA NOTA FISCAL
0294535-0CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásica
R1

ENDEREÇO

RUA BRASÍLIO CAMILO 121 - FLORESTA
ANEQUILAREIA URBANA - 55117-000
COLATINHA RN -PERÍODO CONSUMO
02/09/2019 a 03/09/2019CONSUMO
71

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 9,09 Alíquota 15,00 valor do imposto R\$ 9,09

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Descrição de:

CONTA CONTRATO
7001931380MÊS/ANO
09/2019TOTAL A PAGAR
R\$ 57,42VENCIMENTO
10/09/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este carnê será usado em
leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

S33300000004 574200384076 001931380209 U:4695718135



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.A5PX7TIPO=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 COAF².

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 Marcos Mendes Bernardino de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.089.354 / 80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Leonardo Bruno Silva do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.406.064 / 47

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente da Vítima Leonardo Bruno Silva do Nascimento

inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.406.064 / 47, 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: <u>Rua Brasilício Camilo</u>	Número: <u>122</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Anaquim</u>	Cidade: <u>Goianinha</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59173-000</u>	Tel.(DDD): <u>(84) 99806-1091</u> <u>(84) 99134-3008</u>

Local e Data: Parnamirim 24 de Janeiro de 2020

Marcos Mendes Bernardino de Souza
Assinatura do Declarante



CLÍNICA

OITAVA ROSADO

Leonardo Fátima

Leonardo Bruno Salvo do Vinho

34 anos

doença crônica: 27/11/2019

Paciente apresenta acidente vascular
que resultou em infarto de miocárdio
agudo (coronário)

Paciente apresenta sequelas com perda
de peso de 10kg em 50% flexão
placetor.

Alto Medico

MOSSORÓ:
Rua Juvenal Camarinho, 114
Centro
Fone: (84) 3312-6900 / 3312-6901
9.8866-6069

BARAÚNA:
Rua Expedito Alves, S/N
Centro

SERRA DO MEL:
R. Col. Severino Lázaro da Costa, 2214
Vila Brasília
Fone: (84) 9.8782-0474

ASSÚ:
Av. Senador João Câmara, 1304
Centro

PARNAMIRIM
Av. Bella Parnamirim, 880
Vila Nova

NATAL:
Av. Presidente Médica, 256
Igapó - Zona Norte

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 48		DATA DA ENTRADA: 27/1/19		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
Nº CARTÃO SUS: 706 7077 8064 8630		HORA DA ENTRADA: 15:44		AZUL	VERDE	AMARELO	VERMELHO
NOME: REGINAES B. GILV B. VILTO				IDADE: 38		PROFISSÃO:	
NOME DA MÃE: MARIA SILENE LIMA BORGES				NOME DO RESPONSÁVEL (SE FOR DE MENOR):			
SEXO: M () F ()		ESTADO CIVIL: () casado () solteiro () viúva () divorciado () união estável				CONTATO TELEFÔNICO:	
END. RESIDENCIAL: R. AURORA				Nº: 57		CIDADE: () Natal () Parnamirim () Outros () Nísia Floresta	
LOCALIDADE:							
ALCÁCUS	HÚZIOS	BARRETA	BAIRROS PARNAMIRIM	CAMURUPIM	COTOVELO	COLÔNIA DO PIUM	
P. NORTE	P. SUL	PIUM	HORTIGRANJEIRA	TABATINGA	OUTROS		

SINAIS VITAIS							
PA - mmHg	HGT - dl/mg	TEMP °C	FC - bpm	Spo2%	FR - bpm	PESO	
110 x 70			80	98.1			
NÍVEL DE DOR:			ESCALA DE GLASGOW ► ESCORE TOTAL				
LEVE	MODERADA	INTENSA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA		
ANAMNESE							
COMORBIDADES:				USO DE MEDICAMENTOS:			
ALERGIA MEDICAMENTOSA:			PATOLOGIA PRÉ-EXISTENTE:				
() SIM () NÃO - QUAIS:			HIPERTENSO	DIABÉTICO	RENAL	CARDIOPATA	SEQUELADO
			NEGA				OUTROS
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO							
Aparentemente BEM	Regular	Consciente	Agitado	Orientado			
Dispêneo	Em choque	Precordialgia	Comatoso	Hemorragia			
Convulsão	Politraumatizado	Desarcodado	Outros				
AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM							
<p>Refere queda de moto com trauma no pé esquerdo com edema + dor e limitação dos movimentos + trauma nos cotos laterais do D.</p> <p><i>Isabela Lacerda</i> Enferm. coren nº 32.608</p>							
AVALIAÇÃO CLÍNICA							
<p>Há 4 dias refém acidente de moto com trauma HTD e RIE (torção e pé), com edema e esmurro</p>							

AVALIAÇÕES POSTERIORES:

() Administração de medicamentos. () Curativo. () NBZ. () Retirada de pontos. () Sutura. () Outros _____
 () 1º HGT _____ dl/mg 2º HGT _____ dl/mg 3º HGT _____ dl/mg 4º HGT _____ dl/mg
 () 1º TA _____ MmHg 2º TA _____ MmHg 3º TA _____ MmHg 4º TA _____ MmHg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1) Encaminhado ao HOSPITAL políptico

Dr. E. ...
MÉDICO
CRM 9729

AVALIAÇÕES POSTERIORES:

() Administração de medicamentos. () Curativo. () NBZ. () Retirada de pontos. () Sutura. () Outros _____
 () 1º HGT _____ dl/mg 2º HGT _____ dl/mg 3º HGT _____ dl/mg 4º HGT _____ dl/mg
 () 1º TA _____ MmHg 2º TA _____ MmHg 3º TA _____ MmHg 4º TA _____ MmHg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

① Dipirona 0,4 x 120
 ② Voltalín 0,1 x 2
 ③ Diclofenaco 90 - 0,1 x 1
 ④ Solu 2x
 ⑤ Foliclor

Caristide S. Silva
Tec. de Enfermagem
CRM 25019

22.4.04
 Dr. Jorge Roberto de Souza
Médico
CRM 2440

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DESTINO DO USUÁRIO

() Retirou-se por decisão médica às _____ horas

() Retirou-se por conta própria às _____ horas

HRDML / SESAP
CONFERI C / O ORIGINAL
Rim-RN. 1142

EXAMES COMPLEMENTARES

Ex. Torax ps.

Ex. Torax + abd. ps e par

Ass. do Responsável

HRDML / SESAP
CONFERIR / O ORIGINAL
Mat. 15239

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

1. Zup. no 1º sang - 01 Aug + 08 de ago. 6v
2. Zup. no 2º sang - 01 Aug + 18 de ago. 6v

Antonio Braz S. Neto
Médico
CRM: 8794/RN

19:18h - RX sem evidência de hemato ou pneumotórax ou fraturas de arco costais.
Paciente bem, supneico em AA, LOTE.

CD: Ao HMWG para avaliação do Atopédia (história de melioidose mediana)

Dra. Luana Praça
MÉDICA
CRM/RN - 9753

Dra. Nastassja Figueiredo
Cirurgiã Geral
CRM-RJ: 5180 / RJCE 0753

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE _____	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/> ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



Paciente: 153633 LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

Nascimento: 12/06/1985 Idade: 34 ano(s) 5 mes(es) 1 Natural: RN PARNAMIRIM

Sexo: Masculino

CNS: 704707780648630 CPF: 06740606447

Cor: PARDA

Prof:

Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA

Pai: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO

Endereço: RUA AURORA, 57 - PIUM (DISTRITO LITORAL) - PARNAMIRIM

Cidade: RN PARNAMIRIM

CEP: 59160-830 Telefone: (84) 94193050

BOLETIM Nº: 61950/2019

Sala Inicial: ORTOPEDIA, CONSULT - VERDE - 120 Min

Triagem: 27/11/2019 22:13

Admissão: 27/11/2019 22:19

Boletim: 27/11/2019 22:30

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: H DEOCLECIO MARQUE

Queixa: Queda de moto há 04 dias / dor + edema em MIE

Observação: Reg com Drº Virgílio

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente alega acidente de trabalho? ☐ Sim ☒ Não Profissão e Empresa:

Notif. de viol. interpessoal/autoagressão: ☐ Sim ☒ Não

REFERE ACIDENTE DE MOTO HA 4 DIAS

Alergia: NEGA

Medicação em uso: NEGA

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 03/01/20
MAT. Nº 1520573
SAME
CF

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 03/01/20
MAT. Nº 1520573
SAME
CF
ASSINATURA

EXAME FÍSICO

EDEMA GRAU 3 DIFUSO, SEM SINAIS DE SIND COMPARTIMENTAL, DOR MEDIAL E LATERAL
TRAZ RX: FRTURA DE MALEOLO LATERAL WEBER B (ESPIRAL LONGA)
CD: INTERNAÇÃO PARA TTO CIRURGICO + ORIENTAÇÕES

Solicito exames :

ss: Tala tipo Bot

Virgílio S. Azevedo
Ortopedia - Cirurgia do Joelho
CRM 6641 TEOT 14505

Profissional: VIRGILIO SERQUIZ DE AZEVEDO

CRM: RN 6641

Saída: () Liberação Médica; () Revela; () Internação; () Óbito c/Declar; () Óbito SVO/ITEP; () Transferido para: _____

Data e Hora da Saída: ____/____/2019 ____:____

Médico:

**GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE**

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

**FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL****Identificação**

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: 2030
Data de admissão: 27/12/19 Alta: _____
Nome: Leonardo Bruno Silva do Nascimento Naturalidade: Parnaramim - RN
Idade: 34a Sexo: ☒ Masculino () Feminino Data de Nascimento: 12/06/85
RG: 2575501 Estado Civil: solteiro Nível de Instrução: _____
Filiação: Pai: João Batista do Nascimento
Mãe: Serfina Maria da Silva
Endereço: Rua Amora, 57 - Píerri Cidade: Parnaramim - RN
Telefone: 9604-4148 Companhia () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: _____ Outros telefones: _____
Composição familiar: Mãe e 01 companheira + 01 filha de 05 anos
Outras informações: Faz uso de ☒ Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Pintor Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC ☒ Autônomo () Pensionista ☒ Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares
() Socorrido em via pública () Outros meios
☒ Encaminhado: Hospital de origem: Deoclécio

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Rafaelle Araújo
Parentesco: companheira Telefone: 9604-4148
Endereço do Responsável: o mesmo do paciente

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

27/12/19 Paciente vítima de queda de moto,
com trauma MIE.
Elaborada pela Sair (orientação)
solicitado documentar.

Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

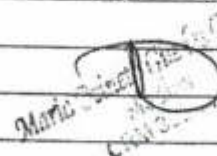
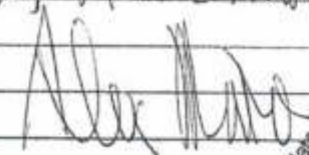
Delia Dantas
A-sair - 916



FICHA DE EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

NOME: Leonardo Bruno S. Sobrinho IDADE: 34
ENFERMARIA: 28 LEITO: 28

CONFERE ORIGINAL
NATAL: 03/01/1984
MAT. Nº: 152043
SABE: CT
ASSINATURA

DATA	EVOLUÇÃO
29/11/19	Admissões. Presença de sintomas clínicos multiplicados com presença de hormônios (múltiplos testes) sem suporte de diagnóstico de doença. Sem comorbidades Atividade: REG. Atividade, 29/11/19 PER. ST: SIRS Sobrinho, 29/11/19 parabéns a todos CD: Af. com o arborização Sobrinho, 29/11/19 
30/11/19	Exame, 29/11/19, ALP - mtn  Dr. Alex Marques de Albuquerque Neurologista CRM/RN 58445 RDE 1451
01/12/19	29/11/19 - FX de hormônios E Presença de hormônios. SIRS REG. Atividade, 29/11/19

02/12/19. Fx de Torção do
Sanguinário. Af. Cor. inf.

Maria Cinete F. Pereira
Médica
CRM 300845/SP

DATA	EVOLUÇÃO
03/12	NHG-RP
03/12/19. 4014H - Fx de Torção do	
	Pneumotórax. SSU Normais
	DEG, pulmões, Cerebr. V. pl
	RCR em 2T: SIRS, MVD
	Adm. de 100ml de Soro
	Maria Cinete F. Pereira Médica CRM 300845/SP
04/12/19. 5014H - Fx de Torção do	
	Pneumotórax. SSU Normais
	DEG, pulmões, Cerebr. V. pl
	RCR em 2T: SIRS
	Spt para cultura
	(1)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou _____

CNES: 2653923
CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **153633 LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO**

CNS: 704707780648630

Nascimento: 12/06/1985

Sexo: Masculino

Prontuário:

Cor: PARDA

Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA

Pai: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO

Endereço: RUA AURORA, 57 - PIUM (DISTRITO LITORAL) - PARNAMIRIM

Fone: 94193050 /

Município: PARNAMIRIM

Código Municipal IBGE:

240325 UF: RN

CEP: 59160-830

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 34482 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

FRATURA DE TORNOZELO (MALEOLO LATERAL + SUSPEITA DE LESÃO DO LIG. DELTOIDE DEVIDO A EDEMA E EQUIMOSE MEDIAL) A ESQUERDA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TTO CIRURGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX + EXAME FISICO



Virgílio S. Azevedo
Ortopedia - Cirurgia do Joelho
CRM 6641 TEST 14525

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.6 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL*408050497. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

TORNOZELO BI/TRI, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

VIRGILIO SERQUIZ DE AZEVEDO

CRM: 6641 / RN

Data da Solicitação 27/11/2019

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 Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

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

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Missão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 11358 /2019,

Prontuário: 1191343

Paciente: 153633 - LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

Cartão SUS: 704707780648630

CPF: 06740606447

Dt Nasc: 12/06/1985

Idade: 34 anos 5 meses 15 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA

Nome do pai: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO

Rua/Av: AURORA

Complemento:

Nº: 57

Bairro: PIUM (DISTRITO LITORAL)

CEP: 59160830

Cidade: PARNAMIRIM

Telefone: 84 94193050 84 94193050

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1011

Responsável: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO -

Usuário: FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO

Admissão: 27/11/2019 22:57:06

Alta: 04/12/19

Obito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.6 - FRATURA DO MALÉOLO LATERAL
408050497 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

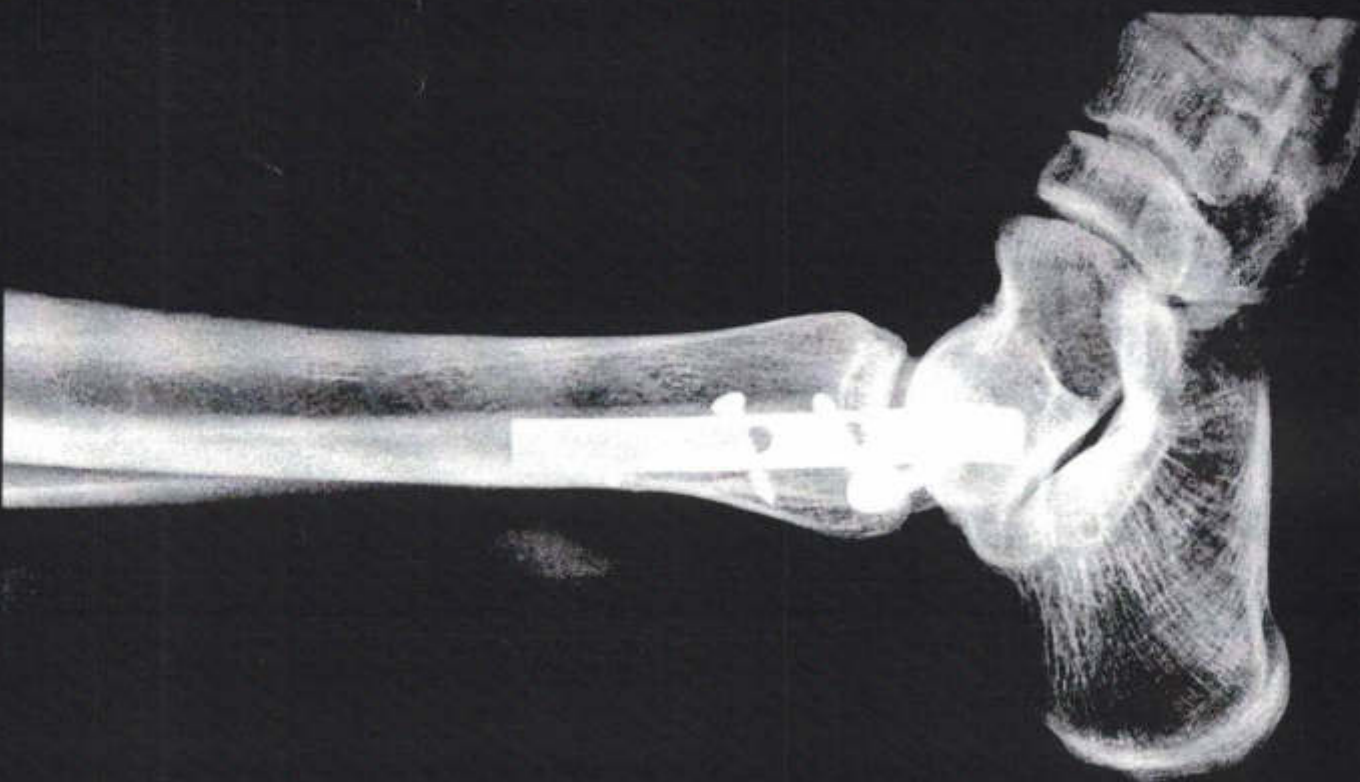
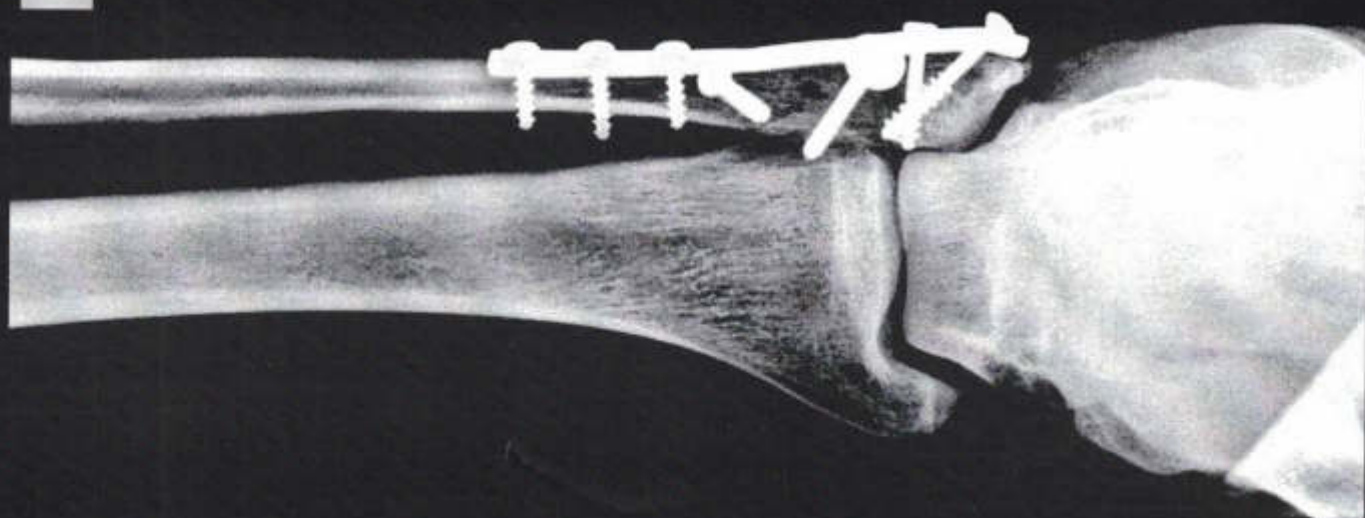
CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: 03/01/20
MAT. Nº: 152473
SAME
Assinatura

REVISADO
Data: 12/12/19
Assinatura

NATAL, 27 de Novembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

D



Nome: LEONARDO B. SILVA DO NASCIMENTO Data: 17/12/2019

Médico: FREDERICO

Téc.: JR

Atend.:

Conv.: SUS

96,3 %



PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
 ProntoClínica da Criança Ltda.

PLANTAO 24 HORAS
 CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL
 PEDIATRIA - ORTOPEDIA
 LABORATÓRIO DE ANÁLISES
 PRONTO-SOCORRO - RAIO-X
 ULTRASSONOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

100000 Bm 3m

sero. L

robotfoot m1 (E)

Frederico de O. Lima
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RN 7514

17/12/19

Natal,

INFORMATIVO

Venho através deste, informar que nossa instituição não poderá disponibilizar o RX do(a) paciente **LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO**, SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE), só pegará diante de uma auditoria feita e nela terá que constar ambos, o pré-operatório e o pós-operatório. Deixando claro o motivo pelo qual não será liberado, conforme solicitação de vossa senhoria.

Natal, 20 de Janeiro de 2020.

RECEPÇÃO



Jennifer Fernandes
Secretária Executiva
Prontoclínica da Criança LTDA

REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: _____ Nº ATENDIMENTO: 491412 DATA: 04/12/2019
TIPO DE INTERNAMENTO: _____ HORA: _____
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: TERREO 104E CONVENIO: SUS
MATRÍCULA: 704707780648630 VALIDADE: _____
Criado por Oneide Maria Araujo Fonseca em 04/12/2019 19:27

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO SEXO: Masculino
DATA DE NASCIMENTO: 12/06/1985 RG: 2175501 CPF: _____
FILIAÇÃO MÃE: SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES
FILIAÇÃO PAI: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO
ENDEREÇO: Rua Aurora Nº 57
BAIRRO: Plum (Distrito Litoral) CIDADE: PARNAMIRIM
ESTADO: RN CEP: 59160-830
FONE: (84) 99419-3050 FONE: (84) 99440-6672

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: () MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO
DATA: _____ HORA: _____ ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR: _____

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA
CNPJ: 09.417.742/0001-91
Confere com o Original
Data: 20 / 01 / 2020



CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA E SEDAÇÃO

GARROTE + ANTISSEPSIA + ASSEPSIA + MONTAGEM DE CAMPOS ESTÉREIS

ACESSO LATERAL PARA TORNOZELO ESQUERDO + DIVULSAO POR PLANOS + NEUROLISE DE RAMOS DO FIBULAR

OSTEOTOMIA DA FÍBULA, EXPOSIÇÃO, REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE MALEOLO LATERAL COM PLACA E PARAFUSOS

TENOPLASTIA DE FIBULARES + REPARO DE LESÃO CÁPSULO LIGAMENTAR DO TORNOZELO

SUTURA POR PLANOS + CURATIVO + TALA SIROPODÁLICA

BOA PERFUSÃO DISTAL APÓS RETIRADA DE GARROTE

▲ 5月14日

ASSINATURA OU CARIMBO DO MÉDICO

BOLETIM DE ANESTESIA

ANESTESIA TIPO RAQUI SIMPLES + SEDAÇÃO IV.

MONITORIAÇÃO									
20	O ₂ CONTÍNUO	ECG + PNI + SPO ₂							
18	SpO ₂	VENÓCLISE MSD - JELCO 20G							
16	ETCO ₂	MEDICAÇÕES							
14		10:20 01 10:30 01 10:40 01 10:50 01 11:00 02 11:10 02 11:20 02 11:30 27 9 11:40 01 11:50 02 01 12:00 01 12:10 01							
12									
10									
8									
6									
4									
2									
N O T A Ç O E S									
MIN. C/ ACRÉSCIMO		MIN S/ ACRÉSCIMO		TOTAIS		INÍCIO DA ANESTESIA: 10:20 INÍCIO DA CIRURGIA: 11:00 TÉRMINO DA CIRURGIA: 12:00 TÉRMINO DA ANESTESIA: 12:50 OBSERVAÇÕES:			

Dr. Patricia S. Lima
- fisiologista

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Simão Bruno Silva de Jesus Nº REGISTRO 491312
 Data Nascimento 12/06/85 IDADE 34a Sexo M LEITO: 104 E Data de Admissão 11/11/17
 MÉDICO: Dr. Gurgel

ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

HISTÓRICO COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não (X) Sim início 11/11 PESO: — Kg Altura: — cm
 RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (X) SIM () NÃO
 ALERGIAS: (X) NÃO () SIM: Não
 DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
 Marcapasso () Outros: Não Medicamentos de uso frequente: Não
 Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não (X) Sim
 Exames: (X) Labor () Raio x () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: —
 Encaminhado: () Deambulando () Cadeira de Rodas (X) Maca (X) consciente () Inconsciente (X) Orientado ()
 Desorientado

Análises de Enfermagem: Informações colhidas do paciente

Conferido Informação acima por: Amélia Admitido na sala: CRU Hora 09:30
662.054.00

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Artroscopia Tornozelo "E"

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: (X) Limpa () Contaminada () Potencialmente Contaminada () Infectada

1. Equipe completa presente () Sim () Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada (X)
3. Tipo de consentimento (X) Cirúrgico () hemoterápico () não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente (X) Sim () não () não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado (X)
6. Aparelho de Anestesia (X)
7. Equipamento de Vídeo (X)
8. Monitor Multi-Parâmetro (X)
9. Saída de: Oxigênio (X) Ar Comprimido () Vácuo ()
10. Aspirador cirúrgico disponível e testado (X)

12. Hemoderivados solicitados e reservados () sim () Não () Não aplicável

13. Paciente tem alergia conhecida () sim () não

14. Aparelho de anestesia testado () sim () não

15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores () sim () não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta ()

17. Confirma preparo da pele com clorexidine Degermante e tópica () Sim () não

18. Confirmar antibiótico profilático administrado () sim () não aplicável

19. Paciente em posição adequada () sim () não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia ()

20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponíveis ()

21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente ()

INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal () Lateral direita () Lateral esquerda () Posição Ginecológica ()
() Decúbito Proclie () Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: () sim () não PNI/Manguito em: USP Placa neutra: Local: ---

Passado faixa de smarch: Não () sim, em: UIE Início: 11:55 Término: 12:00

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: () Clorex degermante () Clorex aquoso

() Clorex Alcóolica () PVPI degermante

() PVPI tintura () álcool

Infusões: SF0,9% 500 ml R.Lactato: 500 ml Simples --- ml SG5% --- ml

Drenos: () Penrose nº --- () Porto-vac nº --- () Tórax nº ---

Sinais vitais: PA: 103/57 mmhg FC: 88 bpm Sat: 98 % T: --- °C Hora: ---

Anestesia: Início 10:40 Término 12:00 () Geral Inalatório () Geral Venosa () Sedação () Local
() Peridural () Raqui () Bloqueio: ---

IOT: () Não () sim - Cânula nº --- IOT aramado: () não () sim nº ---

AVP: () não () sim 1, Jelco nº 20 por Dr. Bruna

Cateter O2: () não () sim SNG: () NÃO () SIM Nº --- SVD () NÃO () SIM Nº ---

Ferida operatória: Curativo Neoc e Unipac

Integração: --- Anát. Patológico: () Não () Sim --- Unid: ---

Material Explantado: ---

Conferido por Phayon Intercorrência S/I

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada () sim () não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, ---

Medicações administradas (anotar horários) 10:50 dipirona 1ampola + clonitazepam 1ampola + bromoprida 1ampola + Teracina 1ampola + ranitidina 1ampola + espasmodina 1g.

OPME: () NÃO (X) SIM, qual

Cx: 3,5 parafusos corticais 2 N° 16 + 1 N° 14 + 1 N° 34 + ~~1 N° 20~~
1 N° 26 c/ arruela intrafragminter + 1 N° 20 intrafragminter +
parafusos espongiosos: 1 N° 20

Anotações de Enfermagem e Intercorrências S/I

Início da cirurgia: 11:00 Término da cirurgia: 12:00

CIRURGIÃO Dr.º Fred ASSISTENTE: - ANESTESIOLOGISTA Dr.º Bruno
INSTRUMENTADORA Joineide CIRCULANTE: Rayane ENFERMEIRA: Danielle

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

☒ Acordado () Sonolento () agitado Ar ambiente () MV 50%

() Cateter de O2 () TQT () AVP () AVC

() Hipotensão () Hipertensão () Bradicardia () Taquicardia () Tremor () Dor () Baixa Saturação

() Hemorragias () Desorientação () Agitação () Dispneia () Broncoespasmo () Outros: _____

Medicações Administradas na URPA (anotar horários) _____

Encaminhado para o andar

AVP () AVC () SNG () SVD FECHADA () DRENOS () CURATIVOS LIMPO ☒

GESSO EM: MSD () MSE () MID () MIE ()

EXAMES: () Labort () Raio x () USG () TC () RNM () RISCO CIRURGICO () OUTROS _____

ENCAMINHADO: ☒ Enfermaria () UTI () Alta Hospitalar () Outros _____

Anotações de Enfermagem: Paciente pós-cirúrgico em O2 ambiente, curativo
15 = 20mmHg, encaminhado para a enfermaria com autorização
de Dr.º Bruno.
Rx + 1 Rx pós cirurgia.

ENCAMINHADO POR: Rayane HORA: 11:30

Prontoclínica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: J. L. D.

PACIENTE: Leandro Bruno S. Nas SETOR: + LEITO: 1046

DIAGNÓSTICO MÉDICO: TN2 (E) IDADE: 39 ANOS

PROCEDÊNCIA: () DOMILIAR (X) HOSPITALAR: QUAL: HTN2

ALERGIAS: Não DOENÇAS PRE-EXISTENTES: Não

EVOLUÇÃO 04/12/19 HORÁRIO: 20h

ASPECTO GERAL

(X) CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
(X) ATIVO () PASSIVO () INATIVO
(X) HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
(X) EDEMATOSO () SECO () ANARCA () EDEMA

VESSA VENOSO (local e data de inserção)

16

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

16

(X) HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
(X) NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
(X) EXTREMIDADE FRIAS () NORMOTÉRMICA
(X) HIPOTERMIA
(X) HIPERTERMIA
(X) FERENO Local:
Característica do líquido:

APARELHO CARDIOPULMONAR

(X) FREQUENTE () DISPNEIA () TAQUIPNEICO
(X) DIPNEICO () TIRAGEM
(X) RUIDOS ADVENTÍCIOS: TIPO:
(X) BRADICARDIA () NORMOCARDIA () BRADICARDIO

OBSERVAÇÕES: * Acidente de moto há 05 dias

* Não tem

* exames OK: hemograma e urina de 01/12/19

* Orientado quanto a dieta e higiene pessoal

VENTILAÇÃO

(X) O2 AMB () MV % () HOOD:
() ENTUBADO TOT Nº
OBS:

ELIMINAÇÕES

DIURESE
(X) ESPONTÂNEA () SVA A CADA:
() HEMATURIA () OLIGURIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD
ASPECTO/CARACTERÍSTICA:

EVACUAÇÃO

(X) ESPONTÂNEA
() ESTÍMULO:
() AUSENTE DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA:

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN
(X) FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

(X) DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
() SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
() SUG/SNG
() RESÍDUO GÁSTRICO:
(X) ZERO () VÔMITO vezes 20h

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 05/12/19 HORÁRIO: 13h

ASPECTO GERAL

(X) CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
(X) ATIVO () PASSIVO () INATIVO
(X) HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
(X) EDEMATOSO () SECO () ANARCA () EDEMA

VESSA VENOSO (local e data de inserção)

16

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

16

VENTILAÇÃO

(X) O2 AMB () MV % () HOOD:
() ENTUBADO TOT Nº
OBS:

ELIMINAÇÕES

DIURESE
(X) ESPONTÂNEA () SVA A CADA:
() HEMATURIA () OLIGURIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD
ASPECTO/CARACTERÍSTICA:

PELE: ☒ HIDRATADA ☐ RESSECADA ☐ ICTÉRICA
☐ NORMOCORADA ☐ HIPOCORADA ☐ CIANOSE
☐ EXTREMIDADES FRIAS ☒ NORMOTERMICA
☐ HIPOTERMIA: _____
☐ HIPERTERMIA: _____
 DRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☐ SUPINEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: _____
☐ RUIDOS ADVENTÍCIOS TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

ESTÍMULO: _____
 AUSENTE _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOME
☒ FLACIDO ☐ GLOBOSO ☐ SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO ☐ DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO ☐ MACIO ☐ RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☒ DEAMBULANDO ☐ CADEIRA DE RODAS
☐ SOBRE MACA ☐ MULETA

DIETA

☐ AO SEIO ☒ LORAL/COPINHO ☐ GTM
☐ SOG/SNG _____
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☐ ZERO ☐ VÔMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: _____

Paciente em Boa SCS
 Ag. Mônica Reis
 Curativo limpo

EVOLUÇÃO 05.12.19

HORÁRIO: _____

Carimbo e Assinatura do Enferm.

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO
☒ REATIVO ☐ IRRITATIVO ☐ HIPOATIVO
☒ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO
☐ MIATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA

CISSO VENOSO (Local e data de inserção)

☒ 1P
☐ 2P
☐ 3P
☐ 4P

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☒ 1P
☐ 2P
☐ 3P
☐ 4P

PELE

☒ HIDRATADA ☐ RESSECADA ☐ ICTÉRICA
☐ NORMOCORADA ☐ HIPOCORADA ☐ CIANOSE
☐ EXTREMIDADES FRIAS ☐ NORMOTERMICA
☐ HIPOTERMIA: _____
☐ HIPERTERMIA: _____
 DRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ SUPINEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: _____
☐ RUIDOS ADVENTÍCIOS TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☐ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: _____

Sem Oufixas no momento, e as Curativos de
 equipe de enfermagem.

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB ☐ MV _____ % ☐ HOOD: _____
☐ ENTUBADO TOT Nº _____
 OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE
☒ ESPONTÂNEA ☐ SVA A CADA _____
☐ HEMATÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ ANÚRIA
☐ POLIÚRIA ☐ SVD _____
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

☒ ESPONTÂNEA
☐ ESTÍMULO: _____
☐ AUSENTE _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOME
☒ FLACIDO ☐ GLOBOSO ☐ SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO ☐ DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO ☐ MACIO ☐ RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☐ DEAMBULANDO ☐ CADEIRA DE RODAS
☒ SOBRE MACA ☐ MULETA

DIETA

☐ AO SEIO ☒ LORAL/COPINHO ☐ GTM
☐ SOG/SNG _____
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☐ ZERO ☐ VÔMITO _____ vezes

PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

RELATORIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE Juliano Bruno Silva de Jesus
 APTO.: 101 E Nº REGIST. _____
 CONVEN. SUS

USO DE:		DATA / H		USO DE:		DATA	
BOMBA DE INF.	DIL			ECG			
NEBULIZADOR	Nº			OXIG./UMIDIF.			
ASPIRADOR	DIL			BERÇO AQUECIDO			
CURATIVO				FOTOTERAPIA			
				INCUBADORA			

[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO
REGISTRO: CONVÊNIO: SUS

APTO/ENE.

DATA: 5 12 2019

PRESCRIÇÃO		HORARIOS	
Dieta Branda as 16:00 hs			
S Ringer Lactato 1000 ml EV 24 h			
CEFTRIAXONA 1 G EV 12/12 h			
Dipirona 500 mg - 01 amp + 18 ml ABD IV 6/6 hs			
Tilatil 20 mg EV 12/12h			
Tramal 100 mg EV 8/8 h SN (100 ml SF 0,9% + 1 amp bromoprida)			
SV 4/4 h cuidados gerais			
Cateterismo vesical de alívio SN			
Observar pulso e perfusão			
Plasil 10 mg EV 8/8h SN, diluir em SF 0,9% 100 ml			
06/12/2019			
DIETA LIVRE			
Ringer 500 ml IV 28 gts/min			
CEFTRIAXONA 1gr IV 12/12hs			
Dipirona 500 - 01 amp, EV, de 6/6 horas			
SSVV 6/6 hs			
CCGG			
Alfa Hospitalar			

RC FARMÁCIA

RECIBO

DÉBITOS	
SERINGA 01	
SERINGA 03 cc	
SERINGA 05 cc	
SERINGA 10 cc	
SERINGA 20 cc	
EQUIPO MICROGOTAS	
EQUIPO P/ BI	
EQUIPO P/ SANGUE	
JELCO Nº	
SCALP Nº	
POLIFIX	
LUVA PROCEDIMENTO	
LUVA ESTER. Nº	
GASES PCT	
ESPARADRAPO	
MICROPORE	
PVPI	
ETER	
ALCOOL 70%ml	
ALGODÃO BOLA	
AGULHA DESC. 25x8	
CREPOM Nº	
ALGODÃO ORTOP	
CEPACOL ml	
POMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LAMINA BISTURI	
ELETRODO	
MASC. DESCAT	
SORO FISIO. 0,9%	
FITA HGT	

APT[®]

PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

NOME.:

REG.:

MÉDICO.:

CONVÊNIO.:

[illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200111556 **Cidade:** Nísia Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 27/11/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQUERDO.P 1/11

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.P1/9/13/20

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: <u>Leonardo Bruno Silva do Nascimento</u>	
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>
PROFISSÃO: <u>Autônomo</u>	
IDENTIDADE: <u>2375501</u>	CPF: <u>067.406.064-47</u>
ENDEREÇO: <u>Rua Aurora Nº 57 Pium, Distrito Litoral</u>	

OUTORGADO

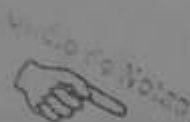
NOME: <u>Marcander Bernardino de Souza</u>	
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>Casado</u>
PROFISSÃO: <u>Moto Boy</u>	
IDENTIDADE: <u>3846734</u>	CPF: <u>061.089.354-80</u>
ENDEREÇO: <u>Rua Brasilcio Camilo Nº 122 Baianinha</u>	

DATA DO ACIDENTE: _____ COBERTURA: Invalidez / Dams.

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

Paranamirim 02 de março de 2020.
LOCAL E DATA



LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



1º Oficial de Notas e Registros
MARIA MARTA BARRETO
Substituta
Rua São João, 100 - Centro - CEP 39100-000 - Paranamirim - RN
Fone: (51) 3333-1000 - E-mail: www.1ooficialparanamirim.com.br



Reconheço por autenticidade eletrônica a firma de:
LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO
Selo Digital: RN20200092315031954512W
Confirma a autenticidade em Htl / Selo Digital firm just.br
Paranamirim/RN, 2 de março de 2020, ana beatriz 16.13.3

Em Testemunho 1º Oficial de Notas e Registros
ANNA BEATRIZ

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088442/20

Vítima: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

CPF: 067.406.064-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/11/2019

Titular do CPF: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA : 061.089.354-80

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

LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO : 067.406.064-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/03/2020
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
CPF: 061.089.354-80

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA
CPF: 026.685.584-92

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA