
Rio de Janeiro, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128164

Vítima: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

Data do Acidente: 26/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATA DA SILVA SANTOS SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

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, 10 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128164

Vítima: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

Data do Acidente: 26/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATA DA SILVA SANTOS SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

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 dos punhos
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: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 033

Agência: 000003211

Conta: 000002006488-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

087-643.644-02

4 - Nome completo da vítima:

Jamileli Anselmo de Souza

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

5 - Nome completo:

Jamileli Anselmo de Souza

6 - CPF:

087-643.644-02

7 - Profissão:

Beleza

8 - Endereço:

Rua Angola

9 - Número:

30 - B

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Vila Nova

12 - Cidade:

Torramurim

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

59147-620

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(081) 9-9939-7466

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



SEM RENDA



R\$1.000,00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Santander

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3211

CONTA:

6488

(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(s) (paras)?

☐ 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 provarão 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

Assinatura digital ou impressa

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:

Torramurim 21/01/2020
X JAMILELI ANSELMO DE SOUZA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

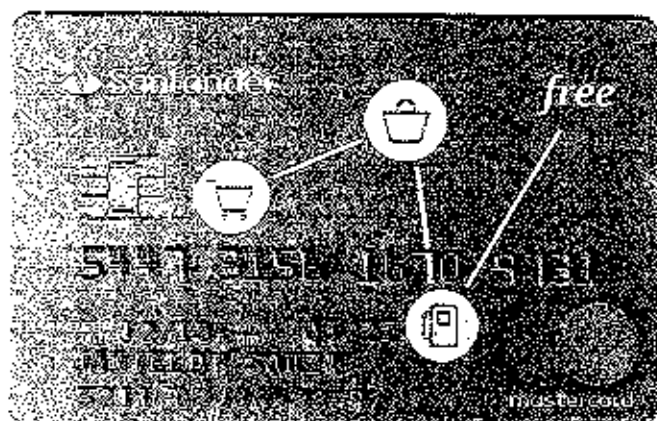
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE - MONTE ALEGRE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005937/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/01/2020 09:02 Data/Hora Fim: 17/01/2020 09:22
Delegado de Polícia: Ben-Hur Cirino de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Monte Alegre

Data/Hora do Fato: 20/12/2019 05:30

Local do Fato

Município: Monte Alegre (RN)
Bairro: SÍTIO CASTANHA
Logradouro: SÍTIO CASTANHA

Tipo do Local: Outro

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JANIÉLDI ANSELMO DE SOUZA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 19/02/1989 Idade: 30 anos
Naturalidade: RN - Serrinha Profissão: Motorboy
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Rosilene Gomes da Silva Nome do Pai: Mariano Anselmo de Souza

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 087.643.644-02
RG - Carteira de Identidade: 2961878

Endereço

Município: Parnamirim - RN
Logradouro: RUA ANGOLA
Bairro: VIDA NOVA
Telefone: (84) 8880-1899 (Celular)

Nº: 10B

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 523.475.164-34	Placa GJZ9D02
Ranavam 00594631537	Número do Motor JC41E1E109448
Número do Chassi 9C2JC4110ER109448	Ano/Modelo Fabricação 2014/2013
Cor PRETA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Currais Novos	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 01/04/2019	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Ben-Hur Cirino de Medeiros
Impresso por: Ricardo Wagner Constantino
Data de Impressão: 17/01/2020 09:22
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 MONTE ALEGRE - MONTE ALEGRE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005937/2020

Nome Envolvido	Envolvimento
Janieldi Anselmo de Souza	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O DECLARANTE INFORMA QUE NO DIA E LOCAL SUPRACITADO, PILOTAVA O VEÍCULO DE PLACA OJZ9D02, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA SUPRACITADA AD COCHILAR; QUE FOI AO SOLO; QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LAVOISIER MAIA, EM MONTE ALEGRE/RN, CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 60/19 DATADO DO DIA 26/12/2019. NADA MAIS DECLAROU.

ASSINATURAS

Ricardo Wagner Constantino

Servidor Público

Matrícula 920981

Responsável pelo Atendimento

Janieldi Anselmo de Souza

Vítima / Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou(s) (vítima) responsável pelas informações acima escritas e declaro que sou(s) responsável pelo presente declaração que dei origem, conforme previsto no Artigo 289-Comunicação Delictual e 310-Comunicação Falsa na Câmara de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 087-643-644-02 4 - Nome completo da vítima: XAMEL DI ANSELMO DE SOUZA

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

5 - Nome completo: XAMEL DI ANSELMO DE SOUZA 6 - CPF: 087-643-644-02
7 - Profissão: BAIXO 8 - Endereço: RUA ANGOLA 9 - Número: 20-B 10 - Complemento:
11 - Bairro: VILA NOVA 12 - Cidade: TARMAMIM 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59147-620
15 - E-mail: 15 - Tel./DDD: (087) 9-9939-7466

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\$1.000,00 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 POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 3211 CONTA: 6488 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 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 (menor)? ☐ 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 privarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 13 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 21 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

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: 06/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

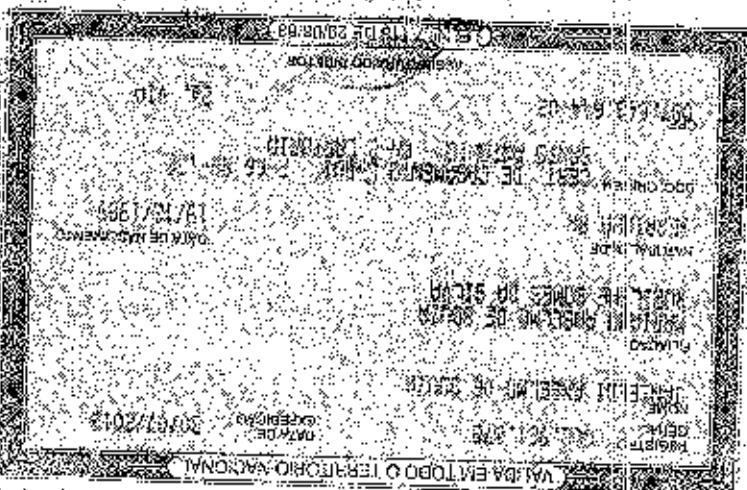
CLIENTE: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

BANCO: 033

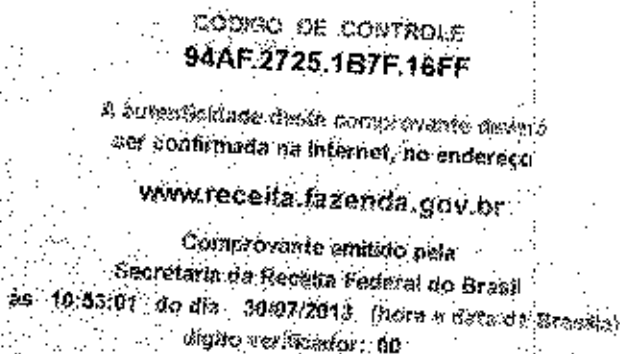
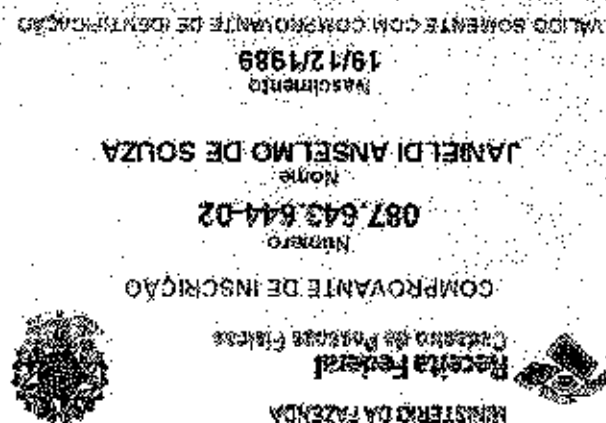
AGÊNCIA: 03211

CONTA: 000002006488-9

Nr. da Autenticação 6B52798572B88142



Victima



DATA	LEITURA	ATUAL	INTE. CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMIDARIO
27	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
28	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
29	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
30	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
31	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
32	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
33	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
34	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
35	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
36	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
37	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
38	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
39	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
40	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
41	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
42	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
43	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
44	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
45	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
46	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
47	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
48	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
49	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
50	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
51	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
52	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
53	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
54	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
55	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
56	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
57	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
58	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
59	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
60	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
61	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
62	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
63	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
64	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
65	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
66	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
67	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
68	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
69	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
70	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
71	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
72	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
73	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
74	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
75	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
76	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
77	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
78	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
79	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
80	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
81	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
82	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
83	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
84	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
85	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
86	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
87	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
88	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
89	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
90	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
91	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
92	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
93	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
94	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
95	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
96	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
97	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
98	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
99	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00
100	4.120,46	5.210,00	2	1.089,54	4,00

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 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 31 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, a 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, PROVIDÊNCIA 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 Renate da Silva Santos Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 101.821.074, 18 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Janeeldi Anselmo de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 087-643.644-02
do sinistro de DPVAT cobertura morte da Vítima Janeeldi Anselmo de Souza
inscrito (a) no CPF sob o Nº 087-643.644, 02, 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 Ampla</u>	Número: <u>10 B</u>	Complemento:
Bairro: <u>Vila Nova</u>	Cidade: <u>Pernambuco</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail:	CEP: <u>59147-620</u>	Tel.(DDD):

Local e Data: Parnaíba 21-01-2020

Renate da Silva Santos Souza
Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE DR. LAVOISIER MAIA
UNIDADE DE EMERGÊNCIA DE MONTE ALEGRE

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: JOSE DE SALES RG: 1234
 DN: 12/01/1980 COR: BR SEXO: M ESTADO CIVIL: C
 NATURALIDADE: Monte Alegre PROFISSÃO: Motorista CARTÃO SUS: 5039625/200
 RESIDÊNCIA: Rua: Dr. G. B. BAIRRO: ...
 CIDADE: Monte Alegre DATA: 15/01/2024 HORA ENTRADA: 15h
 QP: ...

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- () APARENTEMENTE () REGULAR () COM DISPNEIA () CHOCADO () COMATOSO
 () COM HEMORRAGIA () EM CONVULSAO () POLITRAUMATIZADO () AGITADO () OUTROS

Alaga Acidente de Trabalho: () SIM () NÃO

História -- Causa Eficiente da Lesão (Alegada):

Queda de moto

Exame Físico -- Lesão Afecções Encontradas:

Contusão em HTD. Possível fratura de
costelas

TA: mmHg: PULSO: RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA:

120/80 mmHg

Diagnóstico Provisório:

Trauma



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 67441 /2019

Admissão: 26/12/2019 10:52:13

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 157548 - JANIÉLDI ANSELMO DE SOUZA (30 a 26 d)

Nascimento: 19/12/1989 Natural: SERRINHA BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 201396025120003

CPF: 08764364402

Prof: MOTO BOY

Mãe: ROSILENE GOMES DA SILVA

Pai: MARIANO ANSELMO DE SOUZA

Logradouro: ANGOLA, 10

CEP: 59147620

Bairro: VIDA NOVA

Cidade: PARNAMIRIM

Telefone: 84 987490296

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

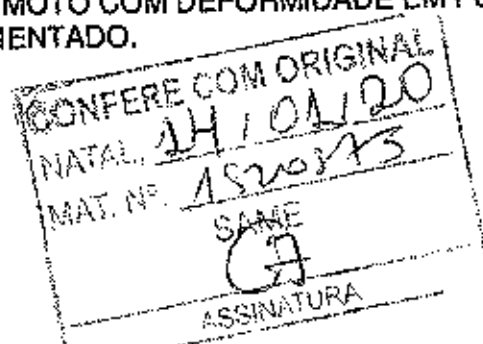
*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 26/12/2019 10:45:17				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO E DOR EM GUADRIL COSTAL A D, CONSCIENTE ORIENTADO.

Hora: _____



EXAME FISICO (PRIMARIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 26/12/2019 11:47:38 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID



90101157548

Paciente: 157548 - JANIÉLDI ANSELMO SOUZA

FIA: 4-12422/2019

Idade: 30 ano(s) 0 mes(es) e 26 dia(s)

Prescrição Nº: 5

Hospital / Unidade: WG - OBS II

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1192335

Peso:

Data Internação: 26/12/2019 11:47

Início Validade: 30/12/2019 19:00 até 31/12/2019 18:59

Quarto / Leito: 2 - 959

Médico Resp.: 116-GEAN GUARNIERE RODRIGUES

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

30/12/2019 17:02:48 - FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO
ESTÁVEL, DOR LEVE CONTROLADA, EUPNEICO, AFEBRIL E COM BOA PERFUSÃO EM DEDOS
AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA CIRURGIA PELA REGULAÇÃO SESAP.

QUEIXA DE CEFALÉIA -> SOLICITADO TC CRÂNIO E AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA.
AGUARDANDO AVALIAÇÃO.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

1 - LIVRE

MEDICAMENTO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

2 - DÍPIRONA, SÓDICA (500 MG/ML 20 ML GOTAS)

40

GTS

VO

6h/6h

3 - **TRAMADOL 50MG**

1

COM

VO

12h/12h

4 - RANITIDINA 150 MG

1

COM

VO

12h/12h

5 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML
S/N vômitos/na

1

AMP

IV

8h/8h

CUIDADOS

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

6 - SSVV + CCGG

FERNANDO SERGIO DE MACEDO CALDAS

CRM-2779/RN

CONFERE COM ORIGINAL	
NATAL	14/01/20
NAT. Nº.	1520323
SAME	
CF	
ASSINATURA	

REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: _____ Nº ATENDIMENTO: 503678 DATA: 22/01/2020
TIPO DE INTERNAMENTO: _____ HORA: _____
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: TERREO103 12 CONVENIO: SUS
MATRÍCULA: 201396025120003 VALIDADE: _____
Criado por Joyce de Lima Soares em 22/01/2020 20:23

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: JANIÉLDI ANSELMO DE SOUZA SEXO: Masculino
DATA DE NASCIMENTO: 19/12/1989 RG: 002961878 CPF: _____
FILIAÇÃO MÃE: ROSILENE GOMES DA SILVA
FILIAÇÃO PAI: MARIANO ANSELMO DE SOUZA
ENDEREÇO: Rua Angola Nº 10B
BAIRRO: Vida Nova CIDADE: PARNAMIRIM
ESTADO: RN CEP: 59147-620
FONE: (84) 98749-0226 FONE: (84) 98880-1899

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: () MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () OBITO
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: 16 / 08 / 2020



CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

PACIENTE: JANIÉLDO ANSELMO DE SOUZA		REG. Nº: 0121212121212121	
CIRURGIA: FRATURA ANTEBRAÇO + ENXERTO + NEUROLISE ÚNICA + TENOPLASTIA		CONVENIO: SUS	
CIRURGIÃO: GENTIL FERNANDES SBRZ		COD. PROCEDIMENTO(S): 0408020407 + 0408050530 + 0403020050 + 0408050530	
EQUIPE MÉDICA		GASOMETRIA / TEMPO DE USO	
1º AUXILIAR:		HORA:	
2º AUXILIAR:		TERMINO:	
3º AUXILIAR:		SANGUE:	
ANESTESISTA:		OXÍGENO NITROSO:	
INSTRUMENTADOR(A):		CAPA DE VÍDEO	
EQUIPAMENTOS / TEMPO DE USO		TUBO S/ BALÃO 3.0	
BISTURI ELÉTRICO:		TUBO C/ BALÃO 3.0	
CAPINÓGRAFO:		ARRUELAS	
INTENS. DE IMAGENS:		ASPIRADOR	
MONITOR CARDÍACO:		CIDEA POR ML	
OXIM. DE PULSO:		CIMENTO ORTOPÉDICO	
SERRA ELÉTRICA:		DRILL ELÉTRICO	
SERVOFLORANE		RIO DE KIRSCHNER	
TRAMAL		RIO DE LUQUE	
PROPOFOL		FIXADOR EXTERNO	
SORO		GANCHO	
ABD 1000ML		GELOCOM	
ABD 10ML		GRAMPO	
FISIOLÓGICO 0.9% 1000ML		MASTER	
FISIOLÓGICO 0.9% 250ML		LÂMINA DE SHAVER	
FISIOLÓGICO 0.9% 500ML		LIGAMENTO SINTÉTICO	
GLICOSADO 5% 250ML		PARAF. INTER. TITANEO	
GLICOSADO 5% 500ML		PARAFUSO ANCORA	
GLICOSE 50% AMPOLA		PARAFUSO CÂNULADO	
RINGER LACTATO 500ML		PARAFUSO CORTICAL	
RINGER SIMPLES 500ML		PARAFUSO ESPONJOSO	
EPIESAN		PARAFUSO TRANSVERSO	
NEOMACINA		PINO	
SULFADIAZINA DE PRATA		PINO DESLIZANTE	
TROFODERMIN		PLACA	
PÉRFURO CORTANTE		PROTESE	
AGULHA DE STIMULEX		SURGICEL	
AGULHA		SONDAS	
AGULHA P/ RAQUIN		NASO LONGA 04	
AGULHAS		SONDA DE FOLEY	
JELCO		URETRAL 4	
LÂMINA DE BISTURI		SONDA CURTA	
SCALPS			
ATADURA CREPOM			
ATADURA DE ALGODÃO			
ATADURA GESSO			
MALHA TUBULAR			
SOLUÇÃO			
CLOREXIDINA ALCOOLICA 2%			
CLOREXIDINA AQUECIDA 2%			
CLOREXIDINA GEGERMANTE 0.2%			
CLOREXIDINA 1G			
CLOREXIDINA 1G			
CLORETO DE POTÁSSIO 19%			
CLORETO DE SÓDIO 20%			

FECHAMENTO DOS PLANOS CURATIVOS. ENCAMINHAMENTO P/ CTRP SOB CUIDADOS DA ANESTESIA.

ASSINATURA DO EXATIMADO DO MÉDICO

SEPARAÇÃO + LOCAL

[illegible]



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Samuel Anselmo de Souza Nº REGISTRO _____
Data Nascimento 19/12/87 IDADE 30 Sexo M LEITO: 103 Data de Admissão 24/01/2020
MÉDICO: _____

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não (x) Sim início 22:00 PESO: 73 Kg Altura: 1,70 cm
RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (x) SIM () NÃO
ALERGIAS: (x) NÃO () SIM: nega
DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Marcapasso () Outros: _____ Medicamentos de uso frequente: nega
Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não (x) Sim
Exames: (x) Labor () Rolo x () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: _____
Encaminhado: (x) Deambulando () Cadeira de Rodas () Maca () consciente () Inconsciente () Orientado ()
Desorientado

Anotações de Enfermagem: _____

Conferido informação acima por: Liliane da Silva
Coord. RN 1.431.423-TE Admitido na sala: 660 Hora _____

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Proctotomia

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

1. Equipe completa presente (x) Sim () Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada (x)
3. Termo 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 ()
8. Monitor Multi-Parâmetro (x)

9. Saída de: Oxigênio ☒ Ar Comprimido () Vácuo ()
 10. Aspirador cirúrgico disponível e testado ☒
 11. Mesa cirúrgica testada ☒
 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 clorexidina 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 Prone () Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: ☒ sim () não PNI/Manguito em: MID Placa neutra: Local: _____

Passado faixa de smarch: Não ☒ sim, em: MD Início 14:00 Término 14:30

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: ☒ Clorex degermante () Clorex aquoso
☒ Clorex Alcoolica () PVPI degermante
 () PVPI tintura () _____

Infusões: SFO, 9% 250 ml R. Lactato: 200 ml Simples _____ ml SG5% _____ ml

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

Sinais vitais: PA 120/80 mmHg FC: 110 bpm Sat: 99 % T: _____ °C Hora: _____

Anestesia: Início 14:00 Término 17:10 () Geral Inalatório () Geral Venosa ☒ Sedação () Local
 () Peridural () Raqui ☒ Bloqueio: _____

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

AVP: () não ☒ sim 100 mg, Jelco nº 20 por 100 mg

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

Ferida operatória: Curativo curativo

Cultura: _____ Anát. Patológico: ☒ Não () Sim _____ Unid _____

Material Explantado: _____

Conferido por Bruna Intercorrência 0

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) Lidocaina 1mg + Amitidina 1mg
Diphenidol 1mg + clonitazina 1mg

OPME: () NÃO ☒ SIM, qual

01 Alaca em F 4X6

02 PE Nº 20

02 PE Nº 36 / Corb.

03 PE Nº 34

Anotações de Enfermagem e Intercorrências

S/

Início da cirurgia: 14:00 Término da cirurgia: 14:30

CIRURGIÃO Dr. Bontu ASSISTENTE: — ANESTESIOLOGISTA Dr. Melo
INSTRUMENTADORA Thelma CIRCULANTE: Gluma ENFERMEIRA: Danub

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 () Ralo x () USG () TC () RNM () RISCO CIRURGICO () OUTROS

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

Anotações de Enfermagem:

ENCAMINHADO POR:

HORA: 15:30

Ciliane Bontu da Silva
Coordenadora de Enfermagem

Prontoclínica Dr. Paulo Gurgel **EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

MÉDICO: Dr. Gentil

LEITO: 103-B

PACIENTE: Família Gurgel 20/04/20

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Diabetes

PROCEDÊNCIA: ☒ DOMICILIAR ☐ HOSPITALAR: QUAL: _____

ALERGIAS: Nenhuma DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: Nenhuma

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO _____

☐ ATIVO ☐ REATIVO ☐ HIPOATIVO _____

☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO _____

☐ COMATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA _____

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☐ AVP: _____

☐ AVC: _____

☐ Jeico: _____

☐ Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☐ HV _____

☐ BI _____

☐ ATB _____

PELE

☒ HIDRATADA ☐ RESSECADA ☐ ICTÉRICA _____

☐ NORMOCORADA ☐ HIPOCORADA ☐ CIANOSE _____

☐ EXTREMIDADE FRIAS ☐ NORMOTÉRMICA _____

☐ HIPOTERMIA: _____

☐ HIPERTERMIA: _____

☐ DRENO Local: _____

Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO _____

☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: _____

☐ RUIDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____

☐ TAQUICÁRDICO ☐ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO _____

OBSERVAÇÕES: Paciente admitida para avaliação clínica e exames laboratoriais, (uma) em unice - evoluindo bem.

Marcelo Augusto de O. Medeiros
Enfermeira
COREN/PA 000.454.607

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

HORÁRIO: 14h

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO _____

☐ ATIVO ☐ REATIVO ☐ HIPOATIVO _____

☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO _____

☐ COMATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA _____

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☐ AVP: _____

☐ AVC: _____

☐ Jeico: _____

☐ Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☐ HV _____

☐ BI _____

☐ ATB _____

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB ☐ MV _____ % ☐ HOOD: _____

☐ ENTUBADO TOT Nº _____

OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE

☐ ESPONTÂNEA ☐ SVA A CADA: _____

☐ HEMATÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ ANÚRIA _____

☐ POLIÚRIA ☐ SVD _____

ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

☒ ESPONTÂNEA

PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: _____
☒ RUÍDOS ADVENTÍCIOS TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☐ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES:

08/01/2017
 14:30h
 15:00h
 16:00h
 17:00h
 18:00h
 19:00h
 20:00h
 21:00h
 22:00h
 23:00h
 24:00h

ASPECTO GERAL

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

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☐ AVP: _____
☐ AVC: _____
☐ Delco: _____
☐ Sclero: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☐ IV: _____
☐ B: _____
☐ ATB: _____

PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: _____
☒ RUÍDOS ADVENTÍCIOS TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☐ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES:

08/01/2017
 14:30h
 15:00h
 16:00h
 17:00h
 18:00h
 19:00h
 20:00h
 21:00h
 22:00h
 23:00h
 24:00h

ESTÍMULO:

☐ AUSENTE _____ DIAS

ASPECTO/CARACTERÍSTICA:**APARELHO DIGESTÓRIO****ABDOME**

☒ FLACIDO ☐ GLOBOSO ☐ SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO ☐ DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO ☐ MACIÇO ☐ RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☐ DEAMBULANDO ☐ CADEIRA DE RODAS
☒ SOBRE MACA ☐ MULETA

DIETA

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

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 08/01/2017

08/01/2017

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 ☐ MACIÇO ☐ RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☒ DEAMBULANDO ☐ CADEIRA DE RODAS
☐ SOBRE MACA ☐ MULETA

DIETA

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

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

08/01/2017
 14:30h
 15:00h
 16:00h
 17:00h
 18:00h
 19:00h
 20:00h
 21:00h
 22:00h
 23:00h
 24:00h

PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

RELATORIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE José Carlos Anselmo
 APTO.: 104 B Nº REGIST. _____
 CONVEN. _____

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

[illegible]

PRONTOCLÍNICA E MATERNIDADE

Dr. Paulo Gurgel

Prontoclínica da Criança Ltda.

EVOLUÇÃO MEDICA

PACIENTE: JANI ELDI ANSELMO DE REGISTRO Nº

APTO.: _____ CONVENIO _____

MÉDICO:

[illegible]



PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel

EVOLUÇÃO MÉDICA

Emileidi Aparecida Souza

PACIENTE:

REGISTRO Nº

APTO.:

103 B

CONVENIO

MÉDICO:

DESCRIÇÃO MÉDICA

DATA / HORA

24.01.20

Atendimento admissional realizado com
paciente apresentando quadro de
Alcoolismo em fase de desmame
farmacológico.

Dr. Emerson França
CRM 70181



PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

NOME:

DOMINGOS, ANDRÉ

CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

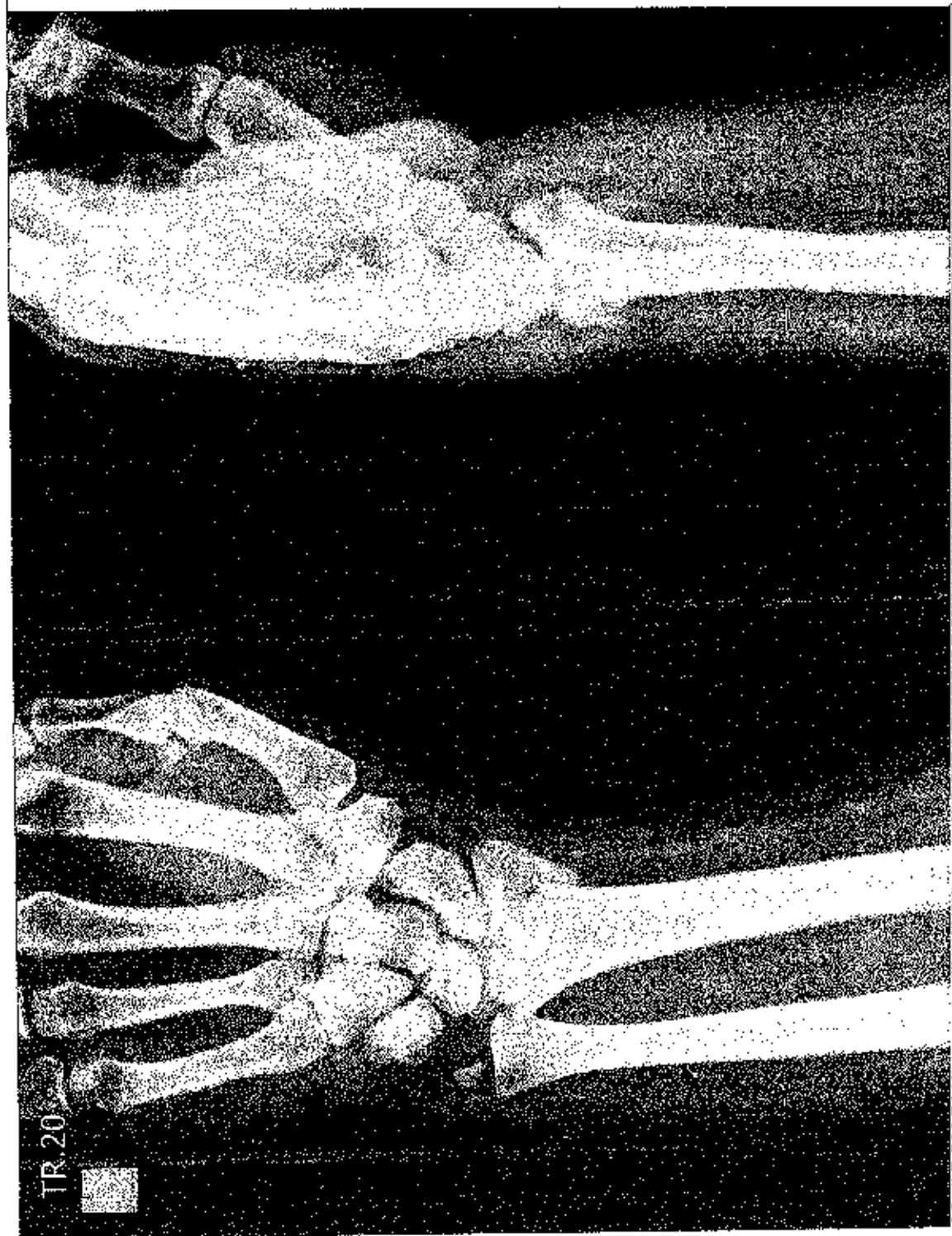
API⁹

REG:

MÉDICO:

CONVÊNIO: 824 B SUS

DIA	HORAS	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VÔMITO	DIURÊSE	EVACUAÇÃO	ASSINATURA
01/12/2006	08:00	110 x 60	18	36,0°C	84					André
01/12/2006	14:00	110 x 60		36,0°C						André
01/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						Pl. Gurgel
02/12/2006	08:00	110 x 70		36,0°C						André
02/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
02/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
03/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
03/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
03/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
04/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
04/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
04/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
05/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
05/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
05/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
06/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
06/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
06/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
07/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
07/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
07/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
08/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
08/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
08/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
09/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
09/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
09/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
10/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
10/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
10/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
11/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
11/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
11/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
12/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
12/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
12/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
13/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
13/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
13/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
14/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
14/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
14/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
15/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
15/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
15/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
16/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
16/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
16/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
17/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
17/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
17/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
18/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
18/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
18/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
19/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
19/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
19/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
20/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
20/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
20/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
21/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
21/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
21/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
22/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
22/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
22/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
23/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
23/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
23/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
24/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
24/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
24/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
25/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
25/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
25/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
26/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
26/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
26/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
27/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
27/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
27/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
28/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
28/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
28/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
29/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
29/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
29/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
30/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
30/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
30/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André
31/12/2006	08:00	120 x 80		36,0°C						André
31/12/2006	14:00	120 x 80		36,0°C						André
31/12/2006	20:00	120 x 80		36,0°C						André



TR 20



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **157548 JANIÉLDI ANSELMO SOUZA**

Prontuário: 1192335

CNS: 201396025120003

Nascimento: 19/12/1989

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: ROSILENE GOMES DA SILVA

Pai: MARIANO ANSELMO DE SOUZA

Endereço: RUA ANGOLA, 10 - VIDA NOVA - PARNAMIRIM

Fone: 987490296 /

Município: PARNAMIRIM

Código Municipal IBGE: _____

240325 UF: RN

CEP: 59147-620

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

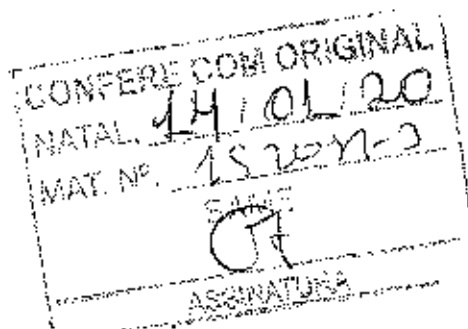
Laudo Nº 38113 / 2019

NIR

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
PROCEDIMENTO CIRÚRGICORESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX E EXAME FÍSICO

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.6 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO*408020423. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PUNHO ARTICULAR, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes☐ Hipertensão☐ Obesidade☐ Faz Antibioticoterapia☐ Lesão por pressão☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM: 4781 / RN

Data da Solicitação 26/12/2019

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.: _____

CBO: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____

Orgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____

NÚCLEO ESTADUAL

DE ORTOPEDIA

3209 5330

plena
Lauda para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **157548 JANIÉLDI ANSELMO SOUZA**

Prontuário:

CNS: 201396025120003

Nascimento: 19/12/1989

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: ROSILENE GOMES DA SILVA

Pai: MARIANO ANSELMO DE SOUZA

Endereço: RUA ANGOLA, 10 - VIDA NOVA - PARNAMIRIM

Fone: 987490296 /

Município: PARNAMIRIM

Código Municipal IBGE:

240325 UF: RN

CEP: 59147-620

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Lauda Nº 38113 / 2019

NIR

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX E EXAME FÍSICO

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.6 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CUBITO*408020423. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PUNHO ARTICULAR, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

DR. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM - 4781 / RN
CPF: 703.425.471-1044

4781 / RN

Data da Solicitação 26/12/2019

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:

Orgão Emissor:

Número da Autorização:

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo:

CONDUITA MÉDICA:

- Solicito Rx
- Oito profeno 50mg/ml 030mg
- Dexametasona 2mg 08amp
- Paracetamol 80mg VO

ps. *aproveite*

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

GESTINO DO PACIENTE: () FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	INTERNADO NO SERVIÇO DE _____	REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____ () Acidente de Trabalho
RETIROU-SE POR: DATA: ____/____/____	() DECISÃO	() A PEDIDO () A REVELIA AS _____ HS
ÓBITO EM: ____/____/____ ENTREGUE:	() A FAMÍLIA	AS _____ HS () INST. MÉDICO LEGAL
_____ Mélico: (assinado)		

Handwritten signature
 Dr. Wilson Miranda
 13042
 10020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

 POLÍCIA DEPARTAMENTO



Renata da Silva Santos Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

0021.008.717

DATA DE EMISSÃO: 26/11/2013

RENATA DA SILVA SANTOS SOUZA

ADENILSON CORREIA DOS SANTOS

ARLETE MARQUES DA SILVA SANTOS

SANTO ANTONIO - RN

11/05/1991

CPF: 16.040.880-10

SANTO ANTONIO - RN - E TENDUATO

001.021.074-18

20. VIA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

Director Geral - TIEP

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN RN Nº 014522673200
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA 2 RENAVAM 00994631537 2019

CARMELO MARIA DO ARAUJO

523.475.164-34

0099002 /RN

PASSEIRO/MOTOCICLETA/VEICULO APRIETADO

HONDA/CG 125 SAN KS

CGV/125 CILINDRADAS PARTICULAR

12/03/2019

12/03/2019

12/03/2019

12/03/2019

12/03/2019

12/03/2019

12/03/2019

12/03/2019

12/03/2019

12/03/2019

12/03/2019

RENTREN

RENTREN

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

RN Nº 014522673200 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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

www.seguradolider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 12/04/2019

PLACA 0099002

RENAM 00994631537

HONDA/CG 125 SAN KS

9C2J0C110ER109448

9C2J0C110ER109448

9C2J0C110ER109448

9C2J0C110ER109448

9C2J0C110ER109448

9C2J0C110ER109448

9C2J0C110ER109448

9C2J0C110ER109448

9C2J0C110ER109448

9C2J0C110ER109448

9C2J0C110ER109448

SEGURODORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.243.000/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200128164 **Cidade:** Monte Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA **Data do acidente:** 26/12/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.5,6)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR – SEGURO DPVAT

Outorgante (Vítima/Beneficiário não alfabetizado):

Nome: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA Data do acidente: 26/12/2019
estado civil: CASADO Profissão: MOTOBY portador(a) do RG 002.961878
órgão expedidor ITEP e do CPF: 087.643.644-02 residente no(a) RUA: ANGOLA
nº 103 bairro: VILA NOVA
município: PARANAMIRIM RN

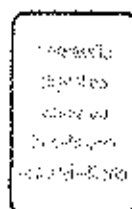
Outorgado (Procurador):

Nome: RENATA DA SILVA SANTOS SOUSA brasileiro(a),
estado civil: CASADA Profissão: PROFESSORA portador(a) do RG 002.809717
órgão expedidor ITEP e do CPF: 101.824.074-16 residente no(a) RUA: ANGOLA
nº 103 bairro: VILA NOVA
município: PARANAMIRIM RN

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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



Local e Data: PARANAMIRIM 26/12/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ATENÇÃO!!!

TODOS QUE ASSINAM O DOCUMENTO DEVEM RECONHECER A FIRMA EM CARTÓRIO, POR AUTENTICIDADE.

22

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

Paiva Amarel

TABELADO: AIRENE JOSE AMARAL DE PAIVA

Av. Brigadeiro Rolfs, 10 - Boa Esperança - CEP: 51400-000 - Parnamirim-RN - Tel.: (84) 2090-8200 / 3212-2295

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de JARIEL OTANSELMO DE SOUZA

Parnamirim/RN, 21/01/2020 08:14:21 Em testemunho da

verdade. Emol R\$ 2,97

NAILDO DE PAIVA OLIVEIRA - Substituto

Consulte autenticidade em: <https://selodigital.trib-jpb.br>

Selo: RN2020000943640098096YYQ



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101145/20

Vítima: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

CPF: 087.643.644-02

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 26/12/2019

Titular do CPF: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATA DA SILVA SANTOS SOUZA : 101.821.074-18

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

JANIELDI ANSELMO DE SOUZA : 087.643.644-02

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: 23/03/2020
Nome: RENATA DA SILVA SANTOS SOUZA
CPF: 101.821.074-18

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/03/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

RENATA DA SILVA SANTOS SOUZA

GERCIA LOURENCO DA SILVA