
Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200301850

Vítima: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA

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, contados 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, 31 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200301850

Vítima: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 093.636.724-50 3 - CPF da vítima: 093.636.724-50 4 - Nome completo da vítima: Paulo Lee Nascimento da Silva

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

5 - Nome completo: Paulo Lee Nascimento da Silva 6 - CPF: 093.636.724-50
7 - Profissão: Rens 8 - Endereço: Rua: Manoel Nascimento de Almeida 9 - Número: 205 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Presidente Costa e Silva 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59627-582
15 - E-mail: Rens 16 - Tel (DDD): 1841 99 3381 06

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3064 CONTA: 2823 8 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vairresor)? ☐ 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 devir, 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 - Imagem digital do assinante ou beneficiário (Assinalar uma das opções)
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

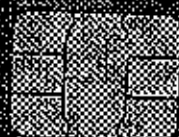
40 - Local e Data, Mossoró RN / 30-08-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CAIXA
POUPANÇA



5067 2253 0260 8932

5067

VALIDDATE

10/24

BRUCE LEE N SILVA

3064 013 00028238-2

elo



Govorno do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação da sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e
consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocialrn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001031254
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 01/07/2020 14:58:18

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 08/03/2020 00:30:00
2.3 Número: SEM NUMERO
2.5 Complemento:
2.7 Bairro: ZONA RURAL
2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: SÍTIO NOVA DIVINÓPOLIS COM RN-117
2.4 CEP:
2.6 Ponto de Referência:
2.8 Cidade: UMARIZAL

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA
3.3 Etnia: PARDO
3.5 Mãe: CLARICE ANTONIA DO NASCIMENTO
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 09363672450
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: GARÇOM DE LANCHONETE
3.15 Telefone(s):
3.17 Número: 205
3.19 Bairro: PRESIDENTE COSTA E SILVA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.4 Pai: FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA
3.6 Data de Nascimento: 07/08/1991
3.8 RG: 2941802 - SSP/RN
3.10 Passaporte:
3.12 Nacionalidade: MOSSORÓ/RN
3.14 E-Mail: BRUCELEENASCIMENTO46@GMAIL.COM
3.16 Logradouro: RUA: MANOEL NASCIMENTO DE ALMEIDA
3.18 CEP: 59627582

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico
EU PILOTAVA UMA MOTOCICLETA TIPO HONDA CG TITAN 150 MIX KS DE PLACA NNQ5152 PORTO DO MANGUE/RN, RENAVAM 00203856623, CHASSI 9C2KC1610AR030298, ANO 2010, COR VERMELHA COM PROPRIETARIO NO NOME DE MICHEL RODRIGUES FERNANDES, VINDO DO MOTOCROSS NO SÍTIO NOVA DIVINÓPOLIS SENTINDO CENTRO DA CIDADE, QUANDO ESTAVA SUBINDO PARA RN-117 O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU E EU CAIR. FUI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL DE UMARIZAL.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Comunicante: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA
Data: 01/07/2020 17:16:53

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

Atendimento: 2034252 - SHYRLEY LIDIANE DO REGO CARNEIRO
Impresso por: WEB em 05/07/2020 08:53:33

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00052538/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/09/2020 12:30:00 Data/Hora Fim: 10/09/2020 12:30:00

Origem:

Delegado de Polícia: Renato da Silva Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Umarizal

Data/Hora do Fato: 08/03/2020 12:30 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Umarizal (RN)

Bairro: zona rural

Logradouro: sítio nova divinópolis

Tipo do Local: Área Rural

Nº: sn

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA (COMUNICANTE, VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 07/09/1991	Idade: 29
Profissão: Autônomo		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Mossoró - RN	
Nome da Mãe: CLARICE ANTONIA DO NASCIMENTO		Nome do Pai: FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA	

Documento(s)

RG: 2941802

CPF: 093.636.724-50

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: RUA TABELIAO AOEM MENESCAL

Bairro: Santo Antônio

Nº: 402

CEP: 59.621-240

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 073.135.164-95	Placa NNQ5152
Renavam 00203886623	Número do Motor KC16E1A030299
Número do Chassi 9C2KC1610AR030299	Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
Cor VERMELHA	UF Veículo RN
Município Veículo Porto do Mangue	Marca/Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1,00 Unidade
Situação Meio Empregado	Última Atualização Denatran 31/03/2020
Situação do Veículo ROUBO_FURTO	Alerta Veículo com restrição Roubo / Furto

Nome Envolvido	Envolvimentos
BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA	Proprietário



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


BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00052538/2020

RELATO/HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que na data e horário supramencionado, trafegando pela via acima, seguindo no sentido à RN-117, pilotando sua motocicleta já caracterizada, quando o pneu dianteiro derrapou fazendo-lhe perder o controle e cair violentamente contra o solo, sendo atendido no hospital de Pau do Ferros, registrando o boletim nº J2020001031254, atendimento 2084252, Shyrley Lidiane Rego Carneiro, conforme cópia que apresenta neste momento. Informa ainda que 15 dias após o acontecimento do sinistro sua motocicleta foi roubada, por este motivo aparece que sua motocicleta se encontra com queixa de furto/roubo. Nada mais disse.

ASSINATURAS


Cristiano Alves de Lima
Escrivão de Polícia
Matrícula 190.933-9
Responsável pelo Atendimento


BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA
Comunicante, Vítima

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima acrescentadas e declaro que posso responder civil e criminalmente pela falsidade das informações que da origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa em Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200301850 **Cidade:** Umarizal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2020 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA ESQUERDO (PSEUDOARTROSE).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA. PÁG 19

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 093.636.724-50 3 - CPF da vítima: 093.636.724-50 4 - Nome completo da vítima: Bane Lee Nascimento da Silva

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

5 - Nome completo: Bane Lee Nascimento da Silva 6 - CPF: 093.636.724-50
7 - Profissão: Aduano 8 - Endereço: Rua: Manoel Nascimento de Almeida 9 - Número: 205 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Presidente Costa e Silva 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59627-582
15 - E-mail: Bane.lee@gmail.com 16 - Tel/(DDD): (84) 99538106

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:

☒ RLCUSO 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: 3064 CONTA: 28238 2

☐ 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 ☐ 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 (vários)? ☐ 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 omissa, 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 - Imprescindível a assinatura de quem assina a rogo/a pedido
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mossoró RN 10-08-2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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: 17/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000028238-2

Nr. da Autenticação 979D7C5710043599

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA		2a VIA				
COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE RUA MERMOSZ, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-280 CNPJ 08.324.196/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20065199-0		 COSERN www.cosern.com.br				
		Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 Ligações Gratuitas: -TELEATENDIMENTO COSERN: 116 -Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 -Ouvidoria 0800 084 0404 Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte ARSEP: 0809 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167 Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis				
DADOS DO CLIENTE BRUNO RODRIGUES BATISTA CPF: 079.885.894-28		<table border="1"><tr><td>DATA DE VENCIMENTO 04/08/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 64,09</td><td>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 28/07/2020 DATA DE APRESENTAÇÃO 28/07/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 045937885 Básico: 0</td><td>CONTA CONTRATO 007015254909 Nº DO CLIENTE 3011474083 Nº DA INSTALAÇÃO 0002704872</td></tr></table>		DATA DE VENCIMENTO 04/08/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 64,09	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 28/07/2020 DATA DE APRESENTAÇÃO 28/07/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 045937885 Básico: 0	CONTA CONTRATO 007015254909 Nº DO CLIENTE 3011474083 Nº DA INSTALAÇÃO 0002704872
DATA DE VENCIMENTO 04/08/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 64,09	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 28/07/2020 DATA DE APRESENTAÇÃO 28/07/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 045937885 Básico: 0	CONTA CONTRATO 007015254909 Nº DO CLIENTE 3011474083 Nº DA INSTALAÇÃO 0002704872				
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA MANOEL NASCIMENTO DE ALMEIDA 205 PRESIDENTE COSTA E SILVA/AREA URBANA 59627-582 MOSSORO RN		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico				
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br		RESERVADO AO FISCAL 39AA.548B.04B6.1BC7.8C49.563B.605A.436F				

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL									
DESCRIÇÃO			QUANTIDADE		PREÇO		VALOR (R\$)		
Consumo Ativo(KWh)-TUSD			87,00		0,35895329		31,22		
Consumo Ativo(KWh)-TE			87,00		0,31695416		27,57		
Contrib. Ilum. Públicas Municipais							5,39		
Multa por atraso-NF 044427292 - 26/06/20							0,32		
Juros por atraso-NF 044427292 - 26/06/20							0,04		
Atualização IGPM-NF 044427292 - 26/06/20							0,08		
Bônus ITAIPU - art 24 da Lei 10.438/2002							0,51		
TOTAL DA FATURA							64,09		

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS									
ICMS			PIS			COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
58,78	18,00	10,58	58,78	0,99	0,58	58,79	4,54	2,68	

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(KWh)-TUSD 0,37449526		JUL 20	37
Consumo Ativo(KWh)-TE 0,34338100		JUN 20	30
		MAI 20	64
		ABR 20	68
		MAR 20	40
		FEV 20	30
		JAN 20	30
		DEZ 19	30
		NOV 19	91
		OUT 19	107
		SET 19	98
		AGO 19	131
		JUL 19	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	20,34	31,52
Transmissão	2,77	4,21
Distribuição (Geração)	14,29	22,50
Energias Sociais	3,19	5,43
Tributos	12,82	19,83
Perdas de Energia	3,78	6,43
TOTAL	64,79	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO N. ENLACE	TIPO DE LIGAÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº BÁS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO KWH
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000002170481328	CAT	26/06/2020	628,00	28/07/2020	715,00	\$2	1,00000	0,00	07,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 27/08/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROVADO	N. META N. REAL	META TRIM.	N. META ANUAL
m/100%					
OC-Node horas sem energia	INTERRUPÇÃO	0,00	4,85	9,84	18,22
FC-Node vezes sem energia		0,00	3,17	6,33	12,70
DMC-Duração máxima Interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
OCR-Duração de Interrupção em dia crítico				Limite OCR: 12,22	
BUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 23,38					

Obs: Consultar nota sobre a aplicação dos indicadores DMC, FC, DMC e OCR a qualquer tempo.

<p>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</p> <p>O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. com atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Let 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Novas Tarifas reajuste médio de 2,92%vigente a partir de 01/07/2020 (Res. ANEEL 2677/20).</p>	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">NÍVEIS DE TENSÃO</th></tr> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th></tr> <tr> <td></td><th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr> <tr> <td colspan="3">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</td></tr> </table>	NÍVEIS DE TENSÃO			TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		
NÍVEIS DE TENSÃO																
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)															
	MÍNIMO	MÁXIMO														
220	202	231														
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007015254909	07/2020	64,09	04/08/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica.



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 156, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.198/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055198-0



COSERN

www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ALCILENE LEAL DA SILVA

CPF: 480.995.204-69

DATA DE VENCIMENTO

28/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

182,17

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

21/01/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

21/01/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

036394741

Série: U

CONTA CONTRATO

000492222011

Nº DO CLIENTE

300092998

Nº DA INSTALAÇÃO

000589029

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SEIS DE JANEIRO 1615

SANTO ANTONIO/AREA URBANA
59611-070 MOSSORO RN

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

7FF7.F455.780D.B0B6.DC5E.39A4.D96C.EB91

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	234,00	0,32982774	77,17
Consumo Ativo(kWh)-TE	234,00	0,32481885	76,03
Acréscimo Bandeira AMARELA			4,06
Contrib. Item. Pública Municipal			14,57
Multa por atraso-NF 033406186 - 20/11/19			3,68
Multa por atraso-NF 034941360 - 20/12/19			3,55
Juros por atraso-NF 033406186 - 20/11/19			1,84
Juros por atraso-NF 034941360 - 20/12/19			0,17
Atualização IGPM-NF 033406186 - 20/11/19			0,58
Atualização IGPM-NF 034941360 - 20/12/19			0,52
TOTAL DA FATURA			182,17

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
157,28	18,00	28,30	157,26	0,85	1,33	157,26	3,94	6,19

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,32480050
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,32087000

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo Ativo(kWh)-TUSD	Consumo Ativo(kWh)-TE	Consumo Ativo(kWh)-TUSD	Consumo Ativo(kWh)-TE
JAN 20	234	JAN 19	263
FEV 20	263	FEB 19	260
MAR 20	270	MAR 19	270
ABR 20	226	ABR 19	243
MAY 20	243	MAY 19	253
JUN 20	309	JUN 19	309
JUL 20	287	JUL 19	287
AUG 20	274	AUG 19	274
SET 20	253	SET 19	253
OCT 20	292	OCT 19	292
NOV 20	263	NOV 19	263
DEZ 20	263	DEZ 19	263

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	%	R\$	%
Geração de Energia	53,03	36,89	
Transmissão	6,07	3,38	
Distribuição (Geração)	33,21	24,36	
Encargos Especiais	6,88	3,75	
Tributos	35,82	19,75	
Perdas de Energia	10,25	5,62	
TOTAL	187,26	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DA MEDIÇÃO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO
00600002131398638	CAT	20/12/2019 29.721,00	21/01/2020 29.955,00	32	1,00000	0,00	234,00

[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/02/2020]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
nov/2019					
DIC-Nº de horas sem Energia	BARROCA	2,42	4,05	9,01	19,82
FIC-Nº de vezes sem Energia		1,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,42	2,77	0,03	0,03
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EMBO-Valor de Escoamento de Usos = R\$ 59,59					
Todo Consumidor pode solicitar a suspensão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: farmácia do povo nordestino: rua pereira velho, 1215, centro / supermercado soi luf2: r. rio pacanha, 517, bom jardim. Lista completa em www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MESIANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000492222011	01/2020	182,17	28/01/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canto será usado em leitura ótica.

838500000016 821700384000 492222011200 014757105637



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE DE VILA CLÁudia

Unimed

ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

119

NOME Paulo Roberto Martins de Almeida

ENDERECO Rua Nelson de Almeida, 111 - Vila Cláudia

DATA 07/12/2010 HORA 12:00

PROB Doença Aguda

HDA Doença Aguda

HID Doença Aguda

PRESCRIÇÃO Amoxicilina 500mg

ASSINATURA MEDICA [Assinatura]

LIBERADO HORA 12:00

PREFEITURA DE
UMARIZAL

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UMARIZAL
CNPJ: 08.348.963/0001-92 - AV. GAVIÃO, 19 - FONE: 84. 3397-2229
CEP: 59.865-000 - UMARIZAL/RN

RECEITUÁRIO

Nome:

= AO H E C A =

Paciente infante de 2 anos
de idade apresentando fe-
bre alta e dor em
perna E. Prescrevendo
se for de interesse.

Umarizal, 08/03/20.

Dr. Francisco Tadeu Nunes
Médico - CRM/RN 12345
CRE: 123.456.789
Médico.

Data:

- Voltando à consulta, favor trazer esta receita -



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

32.485, Km 03, Bairro Arzema, Pau dos Ferros RN, Telefone (84) 3357-9840

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA				TEL:		Nº REG: 441776		
Nas 07/09/1991	1-Masculino	Solteiro	AGRICULTOR	Cert.Nasc. <input type="checkbox"/>	Título <input type="checkbox"/>	CPF <input type="checkbox"/>	RG <input type="checkbox"/>	Nº
Pai: FRANCISCO DAS CHAGAS				Mãe: CLARICE ANTONIA DO NASCIMENTO				
Endereço: RITA MARIA		0 AEROPORTO 2		MOSSORO		RN		
Responsável:						TEL:		
Endereço do Responsável:								

Serviço: Urgência / emergência		Enfermaria:		Leito:	
Admissão: 08/03/2020	Hora admissão: 15:05	Data da Alta:		Hora da Alta:	
Dados Clínicos: PA: mmHg Pulso: Bpm Temp: FR:					

Alega Acidente de Trabalho Sim ☐ Não ☐

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

ferimento em perna @ após queda moto - 55cm.
dor. pulso @.
edema +141.
NV@.
livre de formigados vero distalmente perna @.

Lesões ou afecções encontradas

pulso @.

Rx:

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Fratura ossa perna @ distal e distal.
(fechada).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 15:07

o: imobilização total infundível
o. e f.
Pete vai para monografia.
devido morar lá.
Análise.

CRM
Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 10932 TEOT 15148

HOSPITAL REGIONAL DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

CNPJ 08.778.268/0027-08

Fone: (83) 3522.2774 - Sousa - Paraíba

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Org. Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA:

ASSINATURA DO FARMACEUTICO

1ª VIA FARMÁCIA - 2ª VIA PACIENTE

Gratuito e Excl. Bando Pivetti - Sousa - PB. Cód. Reg. 0333

BOLETIM DE URGÊNCIA

XAMES COMPLEMENTARES:

ONDUTA:

Médico / Carimbo

TINO DO PACIENTE :

ta: ____/____/____ hora: _____

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

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

Médico / Carimbo



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

P/ Bureluz nos pontos de Saúde

Sua Exa.:

U.S.G. de Mossoró e seus municípios

Exatidão! regulamentar!

Assinatura e Carimbo
Data: 06/06/2020

Data: 06/06/2020

Assinatura e Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-4830 - Mossoró - RN



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Terminar pronto
acompanhar de
Rx: Prt 08308 de Prt 08308

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quinta clínica de Prt 08308

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

Prt 08308 + Ex. Prt 08308 + Ex

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Prt 08308 de Prt 08308 582.2

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Prt 08308 de Prt 08308

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04101810501010

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL DO REGISTRO DO CONSELHO

Prt 08308 de Prt 08308

08/03/2022

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Bruce Lee Lins

ECG

Dado anexo

Data: 16/03/20

Dr. Gustavo Lins
Ocupação: Médico
CRM: 5412

Assinatura e Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-4830 - Mossoró - RN

Sr.(a)

Brno Lee Nascimento de Silva

RECEITUÁRIO

Exames

*Perante a história de
trauma no punho @ há ± 60 dias
com furo de 4/3 distal de
fíbula @. Evolução com pseudotumor*

HD: Pseudotumor fíbula @

26/05/20

Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

Médico - CRM - Carimbro



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

R 405, Km 03, Bairro Afonso, Povoado dos Ferres RN, Telefax (84) 3351-7840

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA		TEL:	Nº REG: 441776
Nas: 07/09/1991	1-Masculino	Solteiro	AGRICULTOR
Pai: FRANCISCO DAS CHAGAS		Mãe: CLARICE ANTONIA DO NASCIMENTO	
Endereço: RITA MARIA		0 AEROPORTO 2	MOSSORO RN
Responsável:		TEL:	
Endereço do Responsável:			
Serviço: Urgência / emergência		Enfermaria:	Leito:
Admissão: 08/03/2020	Hora admissão: 15:05	Data da Alta:	Hora da Alta:
Dados Clínicos: PA: mmHg Pulso: Bpm Temp: FR:			
Alega Acidente de Trabalho Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

feriu em pé no @ após queda mot. - 57c.

dor. pulso @.

edema +141.

NV@.

livre de ferimentos e de contusões no pé no @.

lesões ou afecções encontradas

fratura @.

Rx:

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

fratura no pé no @ discreta desvio (fechado).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

15:07

2: imobilizou todo membro
o.e.f.
Pete vai para monitor
devido marcar do.
Análise.

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 10932 TEOT 15149

Sr.(a) Bruno Lee Nascimento da Silva

RECEITUÁRIO

Solicitado:

- Haste intermedular de tibia
- HD: Pseudoartrose tibia (C)

26/05/20

Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

Médico - CRM - Carimbro



Estado da Paraíba
Secretaria Estadual da Saúde
Hospital Reg. Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Catolé do Rocha - PB



GOVERNO
DA PARAÍBA



Seus todos
PARAÍBA
GOVERNO DO ESTADO

Sr.(a) Bruno Lee Nascimento Silva

RECEITUÁRIO

Solista:

ELG - + Risco Cirúrgico

26/05/20

Dr. Daniel R. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

Médico - CRM - Carimbo



Estado da Paraíba
Secretaria Estadual da Saúde
Hospital Reg. Dr. Américo Mella de Vasconcelos
Catolé do Rocha - PB



GOVERNO
DA PARAÍBA



Secretaria
da Saúde
GOVERNO DO ESTADO
DA PARAÍBA

Sr.(a) Bruno Lee Nascimento de Silva

RECEITUÁRIO

Indicação:

- Hemograma
- Coagulograma
- Glicemia jejum

26/05/20

Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

Médico - CRM - Carimbo



Ortotrauma

Ortopedia e Traumatologia

Nome:

Bruno Lee N. dos S.

Síntese:

hemifrauma
complicação
placenta
unio
restauração

Dr. Luis E. Nascimento
CRM 4863
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Médico

Mossoró/RN 12/03/2022

CLÍNICA ORTOTRAUMA

Rua: Duodécimo Rosado, 1518, Nova Betânia, Mossoró /RN

Agendamento de Consulta: (84) 3061-5000 / 3316-0430

www.orto-trauma.com



CLÍNICA OITAVA ROSADO



OS: 365996
 Nome: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA
 R.G.: /
 Médico: GUSTAVO MONTENEGRO SOARES
 Convênio: SOCIO AEROPORTO
 Posto de Coleta: LABORATORIO

Data do Cadastro: 24/04/2020
 Data da Coleta: 24/04/2020 06:16
 CPF:
 Telefone: 084 98753-7680
 Idade: 21a 7m

Material: Sangue Total com EDTA

Método: Aglutinação

Reações:

CLASSIFICACAO SANGUINEA

GRUPO SANGUINEO..... O
 FATOR RH..... POSITIVO

A, B, AB, O
 POSITIVO
 NEGATIVO

DI

Material: Soro

Método: Anticorpo Hítico 317

Reações:

CREATININA

CREATININA..... 0,92 mg/dL

Valores referenciais:

Recém-nascido : 0,31 a 0,92 mg/dL
 2 semanas - 1 ano : 0,15 a 0,30 mg/dL
 1 ano - 7 anos : 0,17 a 0,98 mg/dL
 7 anos - 16 anos : 0,34 a 0,61 mg/dL
 Adulto (Homem) : 0,53 a 1,25 mg/dL
 Adulto (Mulheres) : 0,70 a 1,00 mg/dL
 Bebês: 0,36 a 1,30 mg/dL
 Crianças 0 a 2 meses: 0,60 a 1,35 mg/dL
 Crianças 3 a 6 meses : 0,90 a 2,60 mg/dL
 Crianças 7 a 18 anos: 0,60 a 0,90 mg/dL

TAXA DE FILTRACAO GLOMERULAR..... 110,4 mL/min/1,73 m²

*Equação MDRD simplificada para cálculo eRFG
 eRFG = cálculo recomendado pela National Kidney
 eRFG Normal: > 60 mL/min/1,73 m²
 eRFG em Doença Renal Crônica: < 60 mL/min/1,73 m²
 Insuficiência Renal: < 15 mL/min/1,73 m²
 Referência: eRFG (MDRD) e pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)

JOÃO LUIZ HOLANDA NOGUEIRA
 FARMACEUTICO/BIOQUIMICO CRF 3199/RN

IMPORTANTE: Os valores dos testes de laboratório devem considerar o estado fisiológico, patológico, uso de medicamentos, etc. Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde. Somente o seu médico tem condições de interpretar corretamente os resultados.

Rua Juvenal Lamartina, 119 - Centro, 59600-155 Mossoró/RN Telefone: (84) 3315-8900
 (84) 3315-8900 www.clinicaoitavarosado.com.br
 Impresso em 24/04/2020 06:16:02



CLÍNICA OITAVA ROSADO



OS: 365896
 Nome: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA
 R.G.: /
 Médico: GUSTAVO MONTENEGRO SOARES
 Convênio: SOCIO AEROPORTO
 Posto de Coleta: LABORATORIO

Data do Cadastro: 24/04/2020
 Data da Coleta: 24/04/2020 06:16
 CPF:
 Telefone: 084 98753-7680
 Idade: 21a 7m

Material: Sangue total

Método: Automatizado - HITROS 96

Exatidão test:

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

HEMACIAS.....	4,58 Milhões/mm ³	Normal	4,00 a 5,50 Milhões/mm ³
HEMOGLOBINA.....	13,5 g/dL	Normal	11,50 a 16,00 g/dL
		Normal	13,00 a 18,00 g/dL
HEMATOCRITO.....	41,5 %	Normal	36,00 a 48,00 %
		Normal	35,00 a 52,00 %
VCM.....	90,6 µm ³	Normal	80,00 a 100,00 µm ³
RCM.....	29,5 pg	Normal	24,00 a 34,00 pg
CHCM.....	32,5 pg	Normal	32,00 pg a 36,00 pg
RDW.....	14,0 %	Normal	11,00 a 15,00 %

LEUCOGRAMA

LEUCOCITOS.....	9000 mm ³	Normal	4000 a 11000 mm ³
PROMIELOCITOS.....	0% 0 mm ³	0 a 2 %	0 a 6 mm ³
MIELOCITOS.....	0% 0 mm ³	0 a 2 %	0 a 6 mm ³
METAMIELOCITOS.....	0% 0 mm ³	0 a 0 %	0 a 0 mm ³
BASTÕES.....	0% 0 mm ³	0 a 5 %	0 a 550 mm ³
SEGMENTADOS.....	58% 5220 mm ³	55 a 65 %	3800 a 7000 mm ³
LINFOCITOS.....	34% 3060 mm ³	20 a 40 %	1000 a 5000 mm ³
LINFOCITOS ATÍPICOS.....	0% 0 mm ³	0 a 2 %	0 a 200 mm ³
EOSINÓFILOS.....	2% 180 mm ³	1 a 5 %	40 a 550 mm ³
BASÓFILOS.....	0% 0 mm ³	0 a 2 %	0 a 200 mm ³
MONOCITOS.....	6% 540 mm ³	4 a 8 %	200 a 800 mm ³

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	305.000 mm ³	150.000 a 450.000 mm ³
----------------------------	-------------------------	-----------------------------------

JOÃO LUIS HOLANDA NOGUEIRA
 FARMACEUTICO/BIOQUIMICO CRF 3199/RN

IMPORTANTE: Os valores dos testes de laboratório devem ser interpretados de acordo com o estado fisiológico, patológico, uso de medicamentos, etc. Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde. Somente o seu médico tem condições de interpretar corretamente os resultados.


Idade: 28 anos

MAT.: 136.904



Nome: Bruice Lee N. da Silva Bloco: Apt.: Leito:
D.N.: 07 / 09 / 1991 Est. Civil: ✓ Resp.: Juliane F. de Sousa
Rua: Antonio P. da Paixão Cidade: Catolé do Rocha - PB
Médico Assistente: Dr. Daniel Clínica: ORTOPEDIA
Data da Internação: 12 / 06 / 2020 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE:

Queixa Principal:


Dor e deformidade perna 

História da Doença Atual:

Queda do moto e fratura e perna 
✓ fratura dos ossos de perna 

EXAME FÍSICO:

- ✓ Dor
- ✓ ponto focal de fratura
- ✓ Deformidade

DIAGNÓSTICO: Fratura dos ossos de perna 

Procedimento: Tratamento cirúrgico

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Price: 1.00

Idade:

303

Enfermería:

leito: *C*
Categorías:

51079260

[illegible]

Dr. Diego A. Santiago
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
GRUPO MEDICO 15149

Hospital

HRS

Nome do Paciente

Bruce Lee Norberto Silva

Nº Prontuário

136904

Data Operação 12/06/20

Enl.

Leito

Operador

Daniel Braga

1.º Auxiliar

Henderson Raphael

2.º Auxiliar

3.º Auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Junior Godello

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

Fratura ossa do punho (E)
Retardo de consolidação

Tipo de Operação

Tratamento cirúrgico

Diagnóstico Pós Operatório

Relatório Imediato do Patologista

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- Punho em 90°
- Anestesia e anti-sepsia
- Apoiamento de campos estóveis
- Incisão lateral, infra-pulmar, em pulso (E)
- Abertura tríplice de arco
- Incisão com reba de lapete + passagem fio guia
- Frenagem inicial
- Frenagem com fios flexíveis até nº 12
- Passagem de haste intramedular bloqueada nº 11x340
- Bloqueio distais + proximais, nessa ordem
- Lavagem
- Sutura
- Limpeza
- Curativos

[Assinatura]
Daniel B. Cavalcante
12 e Traumatologia
2248



NAME:

Bruno Lee Nascimento Silva

[illegible]

Dr. Francisco Fernandes de Oliveira
CPF: 049.321.734-04 / CRM: 2.535
SES: 201.563.446.870.045



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

BROBE LEE NASEIUNO 04- SILVA
R300 CIRURGICO 28 ANOS

PREIATE EY BOY ESTAO GERAR,
NEA HAS 4 OLY. NEA ABERUA.

AE: RER 21 BNF S/S PA: 120 x 80 mmHg

AR: MVV 3/ R2

EEG: NRKLP2

AS4 I

05/05/2020

DIXON: Erick Medeiros Lima

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-4830 - Mossoró - RN



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1290387313

REPÚBLICA REPUBLICANA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
SISTEMA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA



DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR DE
1329227 ITEP RN

CPF 877.270.214-15 DATA NASCIMENTO 08/08/1972

FILIAÇÃO
FRANCISCO DAS CHAGAS
NORONHA
LUZIA MARIA ALVES DE
CASTRO

PERMISSAO ACC CATAR

Nº REGISTRO
03.047.280.000

VALIDADE
07/12/2021

1ª HABILITACAO
08/09/1994

OBSERVAÇÕES
A

Paulo Sergio Castro de Noronha

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
MOSSORO, RN

DATA EMISSAO
08/12/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

99416102055
RN702520714

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

PROJETO PLASTIFICAR
1290387313

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAMITAÇÃO
 CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: **BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA**

CPF: **2941892** Data de Nascimento: **11/09/1988**

CPF: **099.636.724-50** Data de Nascimento: **07/09/1988**

Nome do Pai: **FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA**
 Nome da Mãe: **CLARICE ANTONIA DO NASCIMENTO**

Sexo: **M** Estado Civil: **AS**

RG: **05999269271** Data de Emissão: **07/03/2018** Data de Validade: **06/02/2019**

Nome: **EXERCÍCIO DE DIREITO DE VOTO**

Assinatura: *Exercício do direito de voto*

Assinatura: *Exercício do direito de voto*

Nome: **MOSSORÓ, RN** Data de Emissão: **06/02/2018**

CPF: **04455755596** Data de Emissão: **06/02/2018**

CPF: **04455755596** Data de Emissão: **06/02/2018**

CPF: **04455755596** Data de Emissão: **06/02/2018**

Vitória

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - RN 12346 // 09015 Nº 014853953538
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RN	EXERCÍCIO
1	00203886623	*****	2020

NOME
MICHEL RODRIGUES FERNANDES

CPF/CNPJ	PLACA
073.115.164-95	NNQ5152

PLACA ANT. / UF	CLASS
NNQ5152/RN	9C2KC1610A030299

ESPÉCIE TIPO	DOMESTICO
PASSEIRO/RENTAL/OUTRO	ALUGUEIRO

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO REG.
HONDA/CG150 TITAN MIX RS	2010	2010

CAP. / POT. / CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
OCV/145 CILINDRADAS	PARTICULAR	VERMELHA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
R\$ 0,00	15/01/2020	1º PAGO
FAIXA PVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO
002849 3X	R\$ *****	3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO ***		DPVAT: PAGO	

OBSERVAÇÕES
MOTOR: KC1610A030299

PORTO DO MARANHÃO
Carlos Silvestre da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN-RN
DATA: 13/01/2020

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

RN Nº 014853953538 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradora lider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2020	13/01/2020

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
1	073.115.164-95	NNQ5152

RENAVAM	MARCA / MODELO
00203886623	HONDA/CG150 TITAN MIX RS

ANO FAB.	DATA DEF.	Nº CLASS
2010	9	9C2KC1610A030299

PRÊMIO TARIFÁRIO		
FMS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)

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

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.240.000/0001-01

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Bruce Lee Nascimento da Silva, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Auxilio, Data do Acidente 08-03-2020
Cobertura envolvida portador(a) do RG 2.841.802, órgão expedidor
SSP/RN e do CPF: 093.636.724-50 residente no(a)
Rua: Manoel Nascimento de Almeida nº 805
bairro: Presidente Costa e Silva, município: Mossoró / RN.

OUTORGADO:

Nome: PAULO SÉRGIO CASTRO DE NORONHA, brasileiro(a) estado
civil: DIVORCIADO Profissão: PESCADOR, portador(a) do RG 001.329.227,
órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 877.270.214-15 residente
no(a) RUA SEIS DE JANEIRO nº 1615, bairro: SANTO
ANTONIO, município: MOSSORÓ / 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.

Mossoró RN 10-08-2020
Local e Data

Bruce Lee Nascimento da Silva
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236719/20

Vítima: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA

CPF: 093.636.724-50

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 08/03/2020

Titular do CPF: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA : 877.270.214-15

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

BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA : 093.636.724-50

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: 24/08/2020
Nome: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA
CPF: 877.270.214-15

PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA