

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200301839**

**Vítima: CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA**

**Data do Acidente: 14/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200301839**

**Vítima: CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA**

**Data do Acidente: 14/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA**

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
------------------------------	--

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



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

4 - Nome completo da vítima:

101.692.584 - Carlos Eduardo Estivam de Lemos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Carlos Eduardo Estivam de Lemos

5 - CPF:

101.692.584-08

7 - Profissão:

Receuse

8 - Endereço:

Av. Vila Pecanha

9 - Número:

1352

10 - Complemento:

Cesar

11 - Bairro:

Vila Jardim

12 - Cidade:

Blossom

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

59621-180

15 - E-mail:

Receuse

16 - Tel.(DDD):

(84) 9953 8106

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\$1.00 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 POUPANÇA (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:

AGÊNCIA: 3064

CONTA: 29154

3

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 impossibilitando apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, uma vez que  assinei a  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 invalidade permanente, com base na documentação 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:

Solteiro

Casado (Ito 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

29 - Se tinha filhos, informar

filhos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascer (viver)

Sim

Não

31 - Vítima

teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Nã

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentarem e provarem este condicão, 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

Declaração  
digital de  
vítima ou  
beneficiário  
não falecido

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 - 1<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Mossoró / RN 10 - 08 - 2020

Wells Lelando Estivam de Lemos

Tudo São 10 Conto de Reais

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Tudo São 10 Conto de Reais

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J202000100983

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 30/06/2020 19:08:41

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 14/05/2020 10:00:00

2.3 Número: SEM NÚMERO

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: BOM JARDIM

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: RUA JOÃO CORDEIRO COM CRUZAMENTO COM A RUA EPITÁCIO PESSOA

2.4 CEP:

2.6 Ponto de Referência: PRÓXIMO AO SUPERMERCADO PAIVA

2.8 Cidade: MOSSORÓ

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA

3.3 Etnia: PARDO

3.5 Mãe: ALZENIR ESTEVAN DE LIMA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 10169256408

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão:

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 1351

3.19 Bairro: BOM JARDIM

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai:

3.6 Data de Nascimento: 01/08/1992

3.8 RG: 002648788 - SSP RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ/RN

3.14 E-Mail: EDUARDOESTEVAN3@GMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA NILO PEÇANHA

3.18 CEP: 59621180

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

**5. DADOS PESSOAIS DA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)**

**6. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**7. DOS FATOS**

**7.1 Histórico**

EU PILOTAVA UMA MOTOCICLETA TIPO HONDA POP 100 DE PLACA NOG2315 MOSSORÓ/RN, RENAVAN 00470185732, CHASSI 9C2HB0210CR457253, ANO 2012, COR VERMELHA COM PROPRIETÁRIA NO NOME DE ANTÔNIA ALVANI LIMA E SILVA, NA RUA JOÃO CORDEIRO PRÓXIMO AO SUPERMERCADO PAIVA, QUANDO CHEGUEI NO CRUZAMENTO COM A EPITÁCIO PESSOA VINHA UM CAMINHÃO NO CRUZAMENTO ENTROU PARA DIREITA SENTIDO SUPERMERCADO PAIVA E EVADIU-SE NA CONTRA MÃO, FREI BRUSCAMENTE E O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU E EU CAIR, FUI PARA CASA POIS ERA PRÓXIMO DO LOCAL DO ACIDENTE E CHAMEI MEU PRIMO DANIEL LIMA NOGUEIRA DA SILVA PARA ME LEVAR PARA O HOSPITAL E ELE ME LEVOU PARA A UPA CONCHECITA CIARLINI

**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: CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA

Data: 01/07/2020 15:02:06

**10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)**

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 05/07/2020 08:56:35

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
 POLÍCIA CIVIL  
 2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00054156/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/09/2020 10:05:43 Data/Hora Fim: 16/09/2020 10:05:43

Origem:

Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 14/05/2020 11:30 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Bairro: Barrocas

Logradouro: Cruzamento da rua Epitácio Pessoa com a Rua João Cordeiro

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

**Nome Civil: CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA (COMUNICANTE , VITIMA )**

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 01/06/1992 Idade 28

Profissão: Desempregado

Naturalidade: Mossoró - RN

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: ALZENIR ESTEVAN DE LIMA

Documento(s)

RG: 002648766

CPF: 101.692.584-08

Endereço

Município: Mossoró - RN

Nº: 1351

Logradouro: NILO PECANHA

Complemento: - DE 1243/1244 AO FI

CEP: 59.621-180

Bairro: Bom Jardim

Telefone: (84) 98882-4490 (Celular)

**Nome Civil: MOTORISTA DESCONHECIDO DE UM CAMINHÃO BAÚ (ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

**Grupo** Veículo

**Subgrupo** Motocicleta/Motoneta

**CPF/CNPJ do Proprietário** 039.432.404-87

**Placa** NOC2315

**Renavam** 00470185732

**Número do Motor** HB02E1C457253

**Número do Chassi** 9C2HB0210CR457253

**Ano/Modelo Fabricação** 2012/2012

**Cor** VERMELHA

**UF Veículo** RN

**Município Veículo** Mossoró

**Marca/Modelo** HONDA/POP100



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00054156/2020

**Veículo Adulterado?** Não

**Situação** Meio Empregado

**Última Atualização Denatran** 21/09/2019

**Situação do Veículo**

ALIENACAO\_FIDUCIARIA\_FILE\_VEICULOS -  
RENAINF

**Nome Envolvido**

**Envolvimentos**

CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA

Possuidor

**RELATO/HISTÓRICO**

O comunicante declarou que conduzia a sua moto quando, ao passar por um cruzamento da via, desviou a sua motocicleta para não colidir contra um caminhão Baú realizando uma curva para acessar uma rua; Que perdeu o controle e sofreu queda sua moto na via; Que o Sr. Daniel Lima Nogueira da Silva o encaminhou de carro ao UPA do Santo Antônio e, posteriormente, ao HRTM; Que o BO é para fins de DPVAT; Que não desejou ou houve representação criminal nesta delegacia; Nada mais disse.

**ASSINATURAS**

Helder Emerson Nogueira Jerônimo

Agente de Policia

Matrícula 1690205

Responsável pelo Atendimento

CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA

Comunicante, Vítima

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200301839      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA      **Data do acidente:** 14/05/2020      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE P.5,7)  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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



# 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: 25/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 00000029154-3

---

Nr. da Autenticação DDD497134A47583D



CONCESSIONÁRIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE  
Avenida: Senador Salgado Filho, 1555, Centro, CEP: 59015-000  
CNPJ: 08.334.215/0001-35 / INSC. Estadual: 20155-486-3  
Admin. Central: (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4592

SOLICITADO DE 2020-06-07	
DATA	VALOR
07/06/2020	R\$ 66,96
135	
335	

NOTA: CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS.  
IMPRESSO EM 04/06/2020 AS 08:06:57

MATRÍCULA: 2662710 MÊS/ANO: 06/2020

DADOS DO CLIENTE:

2662710 06/2020

ALZENIR ESTEVAN DE LIMA  
RUA NIJO PECANHA, N. 1351 - BOM JARDIM HOSBORO RN  
59621-180

INSCRIÇÃO	ROTA	SEGURO	QUINTAL/DADE DE ECONOMIAS
301.003.065.0017.000	8	1803	RESIDENCIAL / COMERCIAL / INDUSTRIAL / FONTEL
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA: LIGADO		SITUAÇÃO ESGOTO: LIGADO
Y15S133934			

CONSUMO ÁGUA (m³): 11.

DATA LEITURA: 04/06/2020  
LEIT. ATUAL: 813  
LEIT. ANTE.: 802  
DIAS CONSUMO: 30

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
05/2020	10	03/2020	11	01/2020	26	17
04/2020	11	02/2020	22	12/2019	23	

DESCRICAÇÃO

ÁGUA CONSUMO TOTAL(R\$)

RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)  
ATE 10 m³ - R\$ 43,77 POR UNIDADE  
11 m³ A 15 m³ - R\$ 4,88 POR m³ 10 m³ 43,77  
15 m³ 4,88

ESGOTO 35,0% DO VALOR DE ÁGUA

MULTA P/ IMPONTUALIDADE 05/2020 17,03

FATURAS EM ATRASO

REF 202001	187,68	REF 202004	67,66
REF 202002	152,22		
REF 202003	72,2		

TRIBUTO	VALOR	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	1,65		1,08
COFINS	7,6		4,99

VENCIMENTO: 14/06/2020 TOTAL A PAGAR: 66,96

NOTA: O CONSUMIDOR DEVE ENTREGAR O RELATÓRIO ANUAL DE QUALIDADE DA ÁGUA 2020, ENTRE 01/01/2019 A 2019, NO SITE DA CAERN/AGÊNCIA VIRTUAL. OS ANOS NAO PODEM TER DÉBITOS DE FATURAS COM VENCIMENTO EM 2019.

Parâmetro	PH	Cal. Fórm.	Cloro Residual(mg/L)	Nitro-Residual(mg/L)
05	5,50 a 9,5	6,0 a 9,5	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
100%	7,3	100,0 %	0,6	

1009 9 66060006301 2 00266271007 7 06202030003 4

DO NORTE  
59015-000  
5,425-3  
5,425-4562  
232-4562

2020  
14/06/2020

VENCIMENTO: 14/06/2020  
TOTAL A PAGAR: 66,96

2020

14/06/2020 66,96

14/06/2020

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96

66,96



# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 falsa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Sergio Costa de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 377.270.214/35, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos Eduardo Estivam de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.692.584 / 08, do sinistro de DPVAT cobertura em Volta Redonda da Vítima Carlos Eduardo Estivam de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.692.584 / 68, 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.

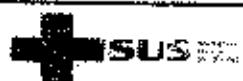
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento	
<u>Rua 06 de Janeiro</u>	<u>3615</u>	<u>Lojas</u>	
Barro	Cidade	Estado	CPF
<u>Santo Antônio</u>	<u>Messoró</u>	<u>RN</u>	<u>59611-070</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>Recuso</u>	<u>184199538106</u>		

Messoró/RN, 18 de Agosto de 2020  
 Local e Data

Paulo Sérgio Costa de Oliveira  
 Assinatura do Declarante

Estado do Rio Grande do Norte  
**Prefeitura Municipal de Mossoró**  
 Secretaria Municipal de Saúde



Unidade UPA CONCHECITA CIARLINI

<b>DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:</b> 371865		<b>Atendimento Nº:</b>
<b>Nome:</b> <b>CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA</b>		<b>Idade:</b> 01/06/1992 (27a 11m) <b>Sexo:</b> Masculino
<b>Cartão SUS:</b> 700005141003404	<b>Nome da Mãe:</b> ALZENIR ESTEVAN DE LIMA	<b>Profissão:</b> AUX. ADMINISTRAÇÃO
<b>Endereço (Rua/Av.):</b> R. NILÓPECANHA Bairro: <b>BARROCAS</b>		<b>Nº:</b> 1351 <b>Complemento:</b>
<b>Cidade:</b> 59621-180 MOSSORÓ RN		<b>Estado:</b> Telefone: (84) 988224490 - 8498822
<b>CPF do paciente:</b> 140.320.988-09		<b>Data:</b> / / / <b>Hora:</b> 14/05/2020 10:51
<b>Motivo da Procura:</b>		<b>Rubrica Servidor:</b> LUZANEIDE
<b>PRINCÍPIO ATENDIMENTO:</b>		
<b>Assinatura do Paciente:</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Não Urgência <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito		
<b>Acotilamento com classificação de risco:</b>		
<b>Quelxa:</b>		
<b>Antecedentes Alérgicos:</b>		
<b>HAS</b> ( )	<b>DM:</b> ( )	<b>Assinatura:</b> / / / <b>Classificação:</b>
<b>ANAMNESE:</b>		
<i>resolução de mictite</i>		
<b>EXAME FÍSICO:</b> Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: _____ F.R.: _____ Glasgow: _____ SpO2: _____ HGT: _____ <i>Cd: Coração normal</i> <i>Palpável ex</i> <i>PCX</i>		
<input type="checkbox"/> Laboratório: <input type="checkbox"/> Radiológico: <input checked="" type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Outros		
<b>Hipótese de Diagnóstico:</b>		<b>CID:</b>
<b>Conduta:</b> <input type="checkbox"/> Medicção <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Laudo para AHS <b>Saída:</b> Data/Hora _____ / _____ às _____ : _____ h. <input type="checkbox"/> Alta referido para UBS <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Outra Unid. Urgência <input type="checkbox"/> Especialidade <input type="checkbox"/> Internação no Hospital:		<b>Médico:</b> (Carimbo e Assinatura) <i>Dr. Bruno L. Esmeraldo</i> <i>Medico</i> <i>CREMERN 1045</i>

UPA - Conchecita Ciárlini  
 Confere com o original  
 Mossoró - RN *25/06/20*

*Alcione*  
 SAME - Arquivo

① Vefra - 73 ny, Int

Dr. Flávio L. Esmeraldo F.  
Médico  
CREMERN 1046\$

11/05/2013

ok

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 60894 - CABRLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA (27 a 11 m 13 d )

Paciente: 60694 - CARLOS EDSON DE LIMA  
Sexo: M Cor: PARDA  
Nascimento: 01/06/1992 Natural: MOSSORÓ, BRASIL  
CPF: 10169258408 Prof:  
CNS: 702802143127964  
Mãe: ALZENIR ESTEVAN DE LIMA Pai: NADA CONSTA  
Logradouro: NILO PECANHA, 1351 Cidade: MOSSORÓ  
CEP: 59621180 Bairro: BARROCAS  
Telefone: 84.88224490 Compl:

**Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO**  
**Origem: FAMILIA**

**Tipo:** REGULADO

### \*Empresas

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

**Qualquer lesão traz trauma em ombro direito pos queda de moto**

## **Queixas: REFERÊNCIA**

Fix Author  
way up

**Assin:**

**Diagn. Inicial:**

PRESCRIÇÃO:	/	VIA	HORÁRIO	ASSINT.

\*SAÍDA: ( ) Declaração médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Preencher CID, PROC)

CID Proc. Data: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ Hr: \_\_\_ Médico: \_\_\_  
*(Assinatura e Carimbar)*

\*Gerado via SX por SONIA MARIA DA SILVA. Impresso em 14 de Maio de 2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Carlo Eduardo Oliveira

Caro(a) Dr(a) Taciano  
p/ realizar RX de entero  
d'orelha por lesão grá  
quebra de masto

Data: 14/05/2020

Assinatura e Carimbo

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

Dr. Hélio L. Esteves, M.D.  
CRM-RN 10612090

CHITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
Mossoró 05/05/2020

B112

SAMEJARQ/IV/0



HOSPITAL  
WILSON ROSADO

Evolução e Prescrição Médica

Nome: Conde Eduardo Estevam de Lima Idade: 27  
 Reg. Geral: 115-6052 Convênio: Sus Unidade/Leito: 203-03  
 Clínica: Ortop Data: 26/05/00

Evolução Médica

• Pox de entorântes da fírtura clavicular (D)

funcionamento SI interrompido

D. Analg; ATD; Curativo; Rx controll

Prescrição Médica	Aprazamento
(1) Distr (2) Branda	
(1) S.P.C. 500 ml (2) 1/1h. (3) 33,333 - 30 04 32 ✓	
(1) Dipirona 500 + ABD (2) 6/6h. (3) 33,333 20 02 08 ✓	
(1) Tramadol 50mg/nd 3 (2) 2/2h, n dolor - SN 100 mg S.F. 6/6h	
(1) Cefalotina + ABD (2) 6/6h. (3) 33,333 20 02 08 ✓	
(1) Novocaina 10mg/10ml - ABD (2) 8/8h, n maior - SN	
(1) Cinturão local 4 h - 06	
(1) SSVV: CCG 6 - Relaxa	
Dr. Leandro de Souza Rigoletto Ortopedia e Traumatologia CRM/RO 2267 / FETO 13541	

Medicação administrada por:

M

T

N



Paciente: Carlos Eduardo Esteves de Lima  
Idade: 27 Data: 26/05/2020  
Convênio: SUS

## Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal:	<u>Osteosíntese Fratura Clavícula (D)</u>		
2. Cirurgia Secundária:			
3. Cirurgião:	<u>Dr. Guilherme Garcia Rigoletto</u>	CRM:	<u>PLV</u>
1º Auxiliar:	<u>Dr. (Eduardo) Medeiros</u>	CRM:	<u>6439</u>
2º Auxiliar:		CRM:	
Enfermeiro(a):	<u>Juliana</u>	COREN:	
4. Anestesista:	<u>Dra. Dayane</u>	CRM:	
5. Instrumentador:	<u>Marc</u>	COREN:	

6. Tecido removidos:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Especificar: _____
7. Anátomo Patológico:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
Laudo:	<input type="checkbox"/> Maligno	<input type="checkbox"/> Benigno	Dr.: _____
8. Classificação da Cirurgia:	<input type="checkbox"/> Limpa	<input type="checkbox"/> Potencialmente contaminada	
	<input type="checkbox"/> Contaminada	<input type="checkbox"/> Infectada	
9. Contaminação Intra-operatória:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
10. Programação:	<input type="checkbox"/> Efeativa	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência	<input type="checkbox"/> Emergência
11. Trauma:	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	Data: <u>19/05/2020</u> Hora: _____
12. Infecção atual em outro Sistema:	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	Tipo: _____
13. Drenos:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Tipo: _____
14. Prótese(s):	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Tipo: _____
15. Descrição do procedimento cirúrgico no verso			

Assinatura Cirurgião:	<u>Dr. Guilherme Garcia Rigoletto</u>	CRM:
Data:	<u>26/05/2020</u>	
Para anestesia local, informar:		
Hora do Início do procedimento:	<u>_____</u>	Hora do término do procedimento: <u>_____</u>

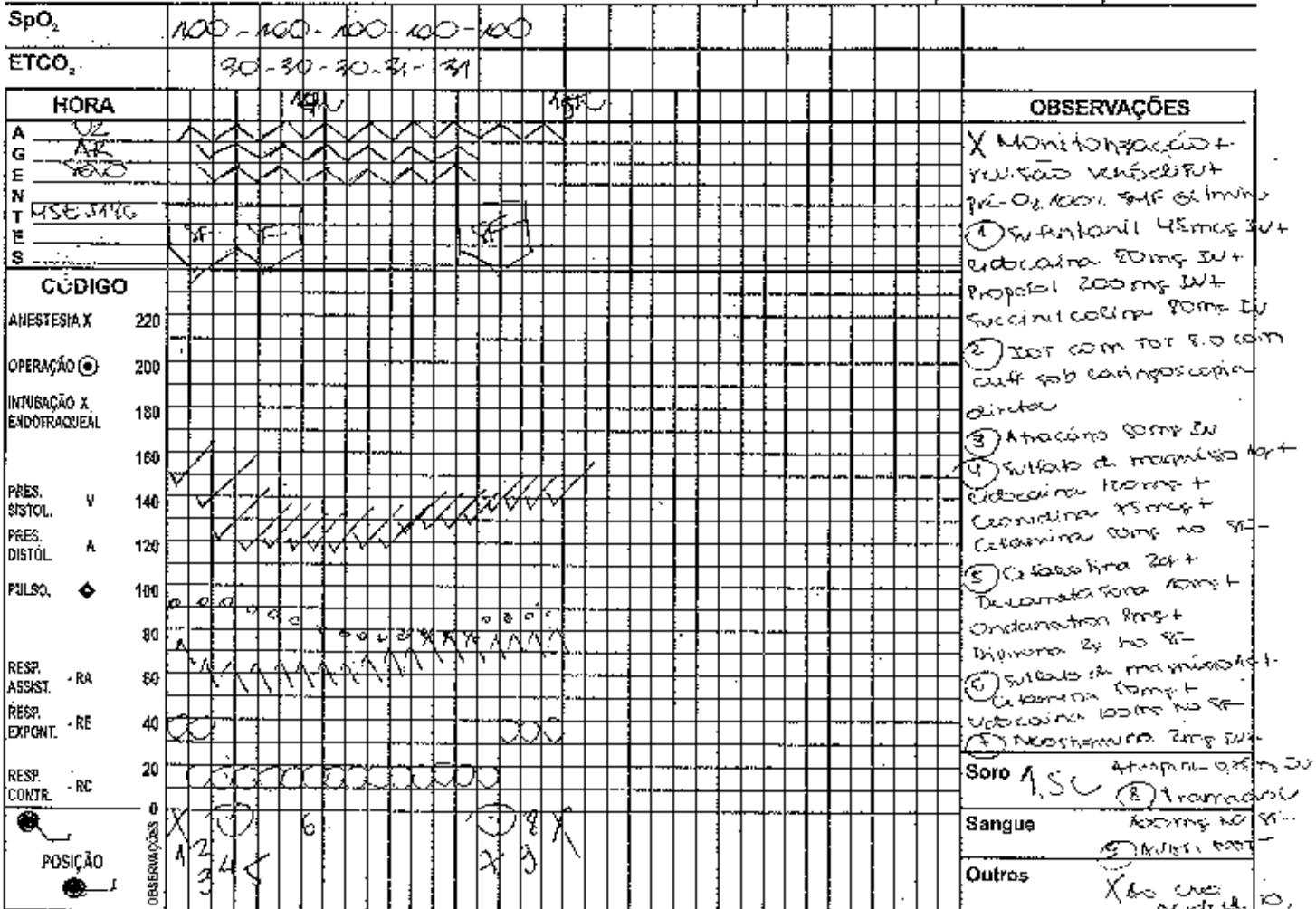
# Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

## FICHA DE ANESTESIA

NOME								CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA		DATA	
SERVIÇO			ANESTESISTA		CIRURGÃO			EDUARDO + GUILHERME			
HOSP-SNS ORTOP			JAYANE SANTOS								
IDADE	SEXO	COR	PR. ART.	PULSO	TEMP.	ESTADO FÍSICO	PRÉ-ANESTÉSICO				
27	F	P	150/90	40	-	1	2 3 4 5				
DIAGNÓSTICO										Fratura clavícula D	

OPERAÇÃO REALIZADA 04/08/20150 Trat. Cx. Frat. clavícula

INÍCIO 13:30	TERMINO 15:00	DURAÇÃO 1:30	ROTINA	EMERGÊNCIA	EXTRA
--------------	---------------	--------------	--------	------------	-------



TECNICA ANEST. GERAL: ( ) INALATÓRIA: ( ) ENDOVENOSA: ( ) BALANCEADA: (X) SEDAÇÃO: ( )  
 ANEST. REGIONAL: ( ) RAQUIDIANA: ( ) PÉRIDURAL: ( ) OUTROS: ( )

### AGENTES EMPREGADOS

ACORDADO	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SALA DE RECUPERAÇÃO	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	CONDICÕES	B <input checked="" type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	ÓBITO
----------	---	------------------------------	---------------------	---	------------------------------	-----------	---------------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-------

DR. RENATO SANTOS  
BRAZILICHO



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Rua: Dr. João Marcelino – 429  
Mossoró-RN - 59.611-200  
Telefone: (84) 3318-9000

**Para: CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA**

# PO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

SOLICITO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL ORTOPÉDICO.

**Com Dr EDUARDO OU GUILHERME.**

27/05/2020

Dr. Rapheu Machado Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 2020



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente:60894 - CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA (27 a 11 m 21 d)

Nascimento: 01/06/1992 Natural: MOSSORO.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA  
CNS: 702802143127964 CPF: 10169258408 Prof:  
Mãe: ALZENIR ESTEVAN DE LIMA Pai: NADA CONSTA  
Logradouro: NILO PECANHA, 1351  
CEP: 59621180 Bairro: BARROCAS Cidade: MOSSORO  
Telefone: 84 88224490 Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

**Tipo: REGULADO**

Origin: FAMILIA

\*Empresas

OBS:	Classificação: 22/05/2020 11:30:11	PESO:							
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

**Queixas:** FAZER EXAMES LABORATORIAIS P/ CIRURGIA ORTOPÉDICA

Dt e Hora:

**Diagn. Inicial:**

**Assignment**

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Preencher CID, PROC)

CID Proc. Data: / /20- Hr: : Médico:

\*Gerado via SX por FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS. Impresso em 22 de Maio de 2020. (Assinar e Carimbart)



HC SPITAL  
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO

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

N.A

Nº AIN

ANALIDUINA

Atendimento	1227511
Data:	26/05/2020
Hora:	11:29

## BOLETIM DE ADMISSÃO

456052 - CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA

SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 01/06/1992 - 27 A, 21 M, 25 D CPF: 101.692.584-08 RG: 002648766

CNS: 702802143127964 Convênio: SUS

Leito: 205-01 Enfermaria: 205 - AP 205

Endereço: NILO PECANHA, N° 1.351 - CEP: 59600010 Bairro: BARROCAS

Cidade: Cód.: 2408003 - MOSSORÓ/RN Profissão: Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Pai: Mão: ALZENIR ESTEVAN DE LIMA

Naturalidade: MOSSORÓ Caráter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA

Procedimento Solicitado: 0408016150-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA - 5420 - FRAT DA CLAVICULA

Diagnóstico Definitivo: Acomodação:

Médico: 6439 - EDUARDO CORRÉIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS

Carteira:

Validade: 30/12/1899

Autorização:

Senha:

Guia:

### Resultado

<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido	-48 Horas
<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	+48 Horas
<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina	Obito

Transferido: \_\_\_\_\_

### História Clínica

alta - 27/05/20

Diagnóstico Provável

D. EDUARDO C.L.R. MEDEIROS  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Quadril  
CRM/RN - 6439 - TECOT 13540

RESPONSÁVEL

EDUARDO CORRÉIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS

Carlos Eduardo Estevan de Lima

Descrição dos procedimentos cirúrgicos

Brante em DPO sob anestesia geral e posicionado cadeira de praca; Antebraço  
fixado e falso braço de campo colocado; Incisão 2 cm longo na antebraço  
distal (1) - Direção por planos; limpeza da pele com algodão; Reduzido  
o frâme e fixado com dois parafusos de 3x10 mm; Montagem  
de base de apêndice de ressonância 35° O.A. Juros e fixada com dois  
parafusos contínuos laterais e 02 parafusos contínuos medial; Reduzido retropatello  
Hábil e escorvo limpeza copõe com S.F.C.P.; Remoção de hemostato;  
Sutur por planos; Cerrado fechado; P.R.P.

Dr. Gabinho Carvalho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RJ 1417 / TEC 13841



**HOSPITAL WILSON ROSADO**  
**Convênio: SUS**  
**Paciente : CARLOS EDUARDO**  
**ESTEVAN DE LIMA**

**Data: 27/05/2020**

**#FRATURA CLAVICULA**

09 12 15 18 21 26

1.	DIETA LIVRE	
2.	SF 0,9% 500ML EV DE 12\12H	12 24
3.	DIPIORNA 1G + ABD EV DE 6\6H	08 19 20 02
4.	TILATHI 40MG + 100ML SF 0,9% EV , 1X\DIA ( suspenso )	Suspenso
5.	TRAMAL 50MG + 100ML SF 0,9% EV DE 8\8H, SE DOR	SN
6.	CEFALOTTINA 1G EV DE 6\6H	08 19 20 02
7.	CURATIVO DIARIO	06
8.	SSSVV + CCGG	Retina
09.	ALTA HOSPITALAR	
10.		
11.		/
12.		/
13.		/
16.		
17.		Dr. Raphael Mendes Góes Ortopedia e Traumatologia CRM/PN 5229
18.		
19.		
20.		

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

**Paciente evolui em BEG, sem queixas.**

**FO em bom aspecto, neurovascular sem alteração.**

**Conduta: ALTA HOSPITALAR**



Paciente: Carlos Eduardo Oliveira Lima Idade: 27 Registro: U.S.6057  
Setor: EC Médico: D. Edilardo Enferm./Leito: 203-03

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
26/05/2012	11:35	Paciente admitido neste setor centro cirúrgico permane- ceu de pele residência bran- ca coberto por macacão e geni- talar para submeter-se a procedimento cirúrgico lipo- Dr. Edilardo Paciente conve- nte, orientado em O <sup>2</sup> ambiente verbalizando, diabelland- sic, Negat DM, PRAS e alter- ação medicamentosa, pegeu em leito aguardando pro- cedimento	
		Paciente encaminhado para SO - Fazendo paciente em SO para anestesia.	
	13:30	- inicio do procedimento anestesi- co + intubação em O <sup>2</sup> Socorro o membro menor do corpo.	
	13:45	- inicio do procedimento anestesi- co com o Dr. Edilardo, OR: Gen- tamicina aplicada de forma segura em local adequado.	
	15:00	- término do procedimento anestésico sem intercorrências O membro com curativo limpo em F.O.	
	15:15	- término paciente para SO para procedimento de lipo. PES	
26/05/2012	15:20	- RECEBO PACIENTE EM CRP PES - cirúrgico com curati- vo em F.O. SANOVENTO FRA EM LEITO COM MÁSCARA	



## Evolução de Enfermagem

Page 1 of 1

### I227511 - CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA

Data da internação: 26/05/2020 - 11:29:00      Sexo: F      Idade: 27 A, 11 M, 25 D  
Convênio: SUS  
Clínica: ORTOPÉDIA CIRÚRGICA      Leito: 203-03

26/05/2020

Hora PA Temp FC FR Glicemia

Assinatura

16:10:00	RECEBO PACIENTE NESSE SETOR HOSPITALAR ( POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 27 ANOS, PROVENIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO EM MACA ACOMPANHADO DE MAQUEIRO E FAMILIAR. PÓS REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA. RECEBO CONSCIENTE, ORIENTADO, EM TEMPO E ESPAÇO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM AR AMBIENTE, ACEITANDO DIETA VIA ORAL, AOS SSVV: NORMOCARDÍCO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNÉTICO, EM AA, ALCIANÓTICO, ANICTERICO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELLUDO RÍGIDO, PUPILLAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICAIAS PRESENTES. LIVRE DE EDÉMAS, SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFAATORIA, AVP VIABILIZANDO HV + TM. FERIDA OPERATÓRIA COM CURATIVO LIMPO E SECO, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGURO OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.	LAURA BEATRIZ DE SOUSA SALDANHA (ENFERMEIRANDA)
----------	--	--

## ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Page 1 of 1

### 1227511 - CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA

Data da internação: 26/05/2020 - 11:29:00

Sexo: F

Idade: 27 A, 11 M, 25 D

Convenio: SUS  
 Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 203-03

### Professional Assinatura

**27/05/2020**

Pat.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, Fi. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: Decúbito:

ADMINISTRADO DIPRONA 1G + ABD + CEFALOTINA + ABD,IV CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

ALDENIRA

Aldenira de Fátima Alves  
 Téc. Enfermagem  
 COREN - RN 513102

Pat.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, Fi. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: Decúbito:

INICIADO ETAPA DE SF-0,9% 500ML CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

ALDENIRA

Aldenira de Fátima Alves  
 Téc. Enfermagem  
 COREN - RN 513102

Pat.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, Fi. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: Decúbito:

REALIZADO TROCA DE CURATIVO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

ALDENIRA

Aldenira de Fátima Alves  
 Téc. Enfermagem  
 COREN - RN 513102

**26/05/2020**

Pat.: 120/80, Temp.: 36,2, FC.: 72, FR.: 20, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, Fi. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: Decúbito:

RECEBO PACIENTE, POS ORTOPEDICO DE CLAVICULA, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO EM O2 AMBIENTE VERBALIZANDO SUAS

NECESSIDADES, ACEITA DIETA VIA ORAL, COM ACESSO AV/P VIBILIZANDO HIDRATAÇÃO VENOSA + TERAPIA MEDICAMENTOSA, AOS

EXAMES: AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDIO E EUPNEICO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESNETES, SEGURO AOS CUIDADOS DA

EQUIPE DE PLANTÃO, INICIADO ETAPA SF-0,9% 500ML ADMINISTRADO DIPRONA 1G + ABD,IV + CEFALOTINA 1G + ABD,IV CONFORME

PRESSCRIÇÃO MÉDICA.

ALDENIRA

Aldenira de Fátima Alves  
 Téc. Enfermagem  
 COREN - RN 513102

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

**I227511 - CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA**

Data da Internação: 26/05/2020 - 11:29:00      Sexo: F      Idade: 27 A, 11 M, 25 D

Convênio:SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA      Leito: 201-02

**27/05/2020**

Hora      PA      Temp      FC      FR      Glicemia

Assinatura

08:00:00 PACIENTE INTERNADO NESTE SETOR HOSPITALAR ( POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 27 ANOS, PÓS REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA, EVOLUINDO CONSCIENTE, ORIENTADO, EM TEMPO E ESPAÇO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM AR AMBIENTE, ACEITANDO DIETA VIA ORAL, AOS SSW: NORMOCÁRICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNÉICO, EMAA, ACINÓTICO, ANICRÉTICO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELEUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS AGUARDADA E VESICAIS PRESENTES, LIVRE DE EDÉMAS. SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFAKTÓRIA, COM AVP INABILIZANDO HV + TM. FERIDA OPERATÓRIA COM CURATIVO LIMPO E SECO, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUIRÁ OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

JEMIMA  
MEDEIROS DE  
PAULA  
(ENFERMEIRANDA)

Fluminense  
Enfermagem  
Coren-RN  
263.343



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA.

HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Tel.: (84) 9318-9000

WILSON ROSADO.

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Tel.: (84) 9318-9000

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

### 1227511 - CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA

Data da internação: 26/05/2020 - 11:29:00

Sexo: F Idade: 27 A, 11 M, 25 D

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Letra: 201-42

27/05/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

08:00:00	RECEBO PACIENTE PÓS CIRURGIA ORTOPÉDICA, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, DIETA POR VO, VÉRBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO + TERAPIA MEDICAMENTOSA, AO EXAME: NORMOTENSO, NORMOCARDÍCO, EUPNEICO, AFEBRIL, SEM EDEMA, SEM HEMATOMA, DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÃO PRESENTE, CURATIVO LIMPÔ SECO NA FQ, O MESMO NO MOMENTO NÃO APRESENTA QUEIXAS, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.	JOELIMA KARLA DUARTE MARINHO	 Joelmana Karla Duarte Marinho Tec. Enfermagem COPREN 2-RN 730779
12:00:00	ADMINISTRADO 1 SF, 9% DE 500 ML IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00R F.C:0 FR:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat: O <sup>2</sup> :0 F <sub>i</sub> O <sup>2</sup> :0 Ventilação: Decíbito:	JOELIMA KARLA DUARTE MARINHO	 Joelmana Karla Duarte Marinho Tec. Enfermagem COPREN 2-RN 730779



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010  
CNPJ: 35.660.324/0001-50

Tel.: (84) 33128-9000

Page 1 of

WILSON ROSADO

## I227511 - CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA

Data da Internação: 26/05/2020 - 11:29:00

Sexo: F

Idade: 27 A, 11 M, 25 D

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 204-02

27/05/2020

Anotação:

Técnico(s)

Assinatura

08:00:01	RECEBO PACIENTE PÓS CIRURGIA ORTOPÉDICA CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, DIETA POR VO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO + TERAPIA MEDICAMENTOSA, AO EXAME: NORMOTENSO, NORMOCARDÍCO, EUPNEICO, AFEBRIL, SEM EDEMA, SEM HEMATOMA, DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÃO PRESENTE, CURATIVO LIMPO SECO NA FO, O MESMO NO MOMENTO NÃO APRESENTA QUEIXAS, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.	JOELMA KARLA DUARTE MARINHO	 Joelma Karla Duarte Marinho Técnico de Enfermagem Código: RN 730779
12:00:00	ADMINISTRADO 1 AMP DE DIPIRONA-ABD IV, FRASCO DE CEFALOTINA-ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: 150/90 TAK: 36,500 F.C.:71 F.R.:21 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sup>2</sup> : 96 Fi O <sup>2</sup> : 0 Ventilação: Decúbito:	JOELMA KARLA DUARTE MARINHO	 Joelma Karla Duarte Marinho Técnico de Enfermagem Código: RN 730779
12:20:00	PACIENTE RECEBE VISITA MÉDICA, RETIRADO AVP, SAÍ DE ALTA HOSPITALAR EM CADEIRA DE RODAS, ACOMPANHADO POR MAQUEIRO E FAMILIAR, O MESMO SEGUO COM RECETUÁRIO E ORIENTAÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00 F.C:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sup>2</sup> : 96 Fi O <sup>2</sup> : 0 Ventilação: Decúbito:	JOELMA KARLA DUARTE MARINHO	 Joelma Karla Duarte Marinho Técnico de Enfermagem Código: RN 730779



HOSPITAL  
**WILSON ROSADO**

## PLANOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Paciente: Flávio Exequador Oliveira da Silva

Clinica: \_\_\_\_\_ Enf.: \_\_\_\_\_

Leitor

#### Cuidados Especiais

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
DIRETORIA DE REGISTRO E HABILITACAO

NOME

PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA



DOC/IDENTIDADE / ORG.EMISOR/RN  
1329227 ITEL RN

CPF DATA NASCIMENTO  
677.270.214-15 08/08/1972

PATRIMÔNIO

FRANCISCO DAS CHAGAS  
NORONHA  
LUZIA MARIA ALVES DE  
CASTRO

PERMISSÃO ACC CATAB.  
[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

Nº REGISTRO

01.949230636

VALIDADE

08/12/2021

1ª HABILITAÇÃO

08/09/1994

OBSERVAÇÕES

A :

Título de Vôo - Cessna 4 "monomotor"

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

MOSSORÓ, RN

DATA EMISSÃO

08/12/2016

99416102055

RN702520714

ASSINATURA DO PORTADOR

DIRETORIA DE REGISTRO E HABILITACAO

MÁSCARA EM TURNO  
E TERRITÓRIO NACIONAL

1290387313

PRECISA PLASTIFICAR

1290387313

**RESIDENTE DO ESTADO DA BAHIA**  
ESTADO DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR  
EXERCÍCIO: POLICIAIS MILITARES  
TÍTULO DE IDENTIDADE E DOCUMENTO DE HABILITAÇÃO

**NOME:** CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA

**DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR:** 042648766 RSE RN

**DATA NASCIMENTO:** 101.602.584-06 01/06/1992

**FILHA/FGC:**

**ALZEMIR ESTEVAN DE LIMA**

**TIPO DE HABILITACAO:** CAT.HAB.  
**VALIDADE:** 03/12/2024 **HABILITACAO:** 14/09/2011

**N. REGISTRO:** 45-02650125

**OBSERVAÇÕES:**  
CAR

**CARTA DE AUTORIZAÇÃO:**  
CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA

**ASSINATURA DO CAVALEIRO:**

**LOCAL:** MOSSORÓ, RN **DATA EMISSÃO:** 04/12/2019

**51526446012**  
**RN706941611**

**RIO GRANDE DO NORTE**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

**1929548776**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Carlos Eduardo Estiven de Lemos, brasileiro(a),  
estado civil: Solteiro, Profissão: Pescador, Data do Acidente 14-05-2020  
Cobertura em Validez portador(a) do RG 002.648.766, órgão expedidor  
SSP/RN do CPF: 301.692.584-05 residente no(a)  
Rua Vila Pecanha nº 335  
bairro: Bom Jardim, 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 18-08-2020  
Local e Data

Carlos Eduardo Estiven de Lemos  
Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236709/20

Número do Sinistro: 3200301839

Vítima: CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA

CPF: 101.692.584-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/05/2020

CARLOS EDUARDO  
ESTEVAN DE LIMA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## 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](http://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: 16/09/2020  
Nome: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA  
CPF: 877.270.214-15

PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2020  
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA  
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA