
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

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:

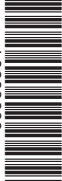
Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
-----------------------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

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



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: 101.692.584-08 4 - Nome completo da vítima: Carlos Eduardo Estivam de Lemo

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

5 - Nome completo: Carlos Eduardo Estivam de Lemo 6 - CPF: 101.692.584-08
7 - Profissão: Receio 8 - Endereço: Rua: Nelo Picarcho 9 - Número: 1352 10 - Complemento: Coar
11 - Bairro: Dom Jardim 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59621-180
15 - E-mail: Receio 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 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3064 CONTA: 29154 3
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 contestação, 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
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 - 1º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró/RN 10-08-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





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 autenticação 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.defesasocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001030983

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

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

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

2.3 Número: SEM NÚMERO

2.6 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: 10169258408

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: 002648766 - SSP RN

3.10 Passaporte:

3.12 Nacionalidade: MOSSORÓ/RN

3.14 E-Mail: EDUARDOESTEVAN3@GMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA NILO PECANHA

3.18 CEP: 59621180

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(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 NOC2315 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 CAÍ, 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 CONHECIDA 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 15:02:08

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 Eptácio Pessoa com a Rua João Cordeiro
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA (COMUNICANTE, VÍTIMA)
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 CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA	Envolvimentos 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 Polícia
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 poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação 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

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

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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3064 CONTA: 29154 3 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(a) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34 - Instrução digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Segurado (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: 25/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000029154-3

Nr. da Autenticação DDD497134A47583D

CONDOMÍNIO DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Inácl, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.215/0001-35 / INSC. Estadual: 20.955.428-3
Admin. Central: (84) 3232-4432 / Unidades: (84) 3232-4592

2010年10月10日 星期六

115

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICIOS.
IMPRESSO EM 04/06/2020 AS 08:06:57

Matrix C₁₂-

WEB: AYO

DADOS DO CLIENTE

2662710

06/24/79

ALZENIR ESTEVAN DE LIMA
RUA NILO PECANHA, #. 1351 - BOX JARDIM HOSSORO RN
59621-130

INSCRIÇÃO

8

SECRET
1807

QUANT DAD, DE ECONOMIAS
RESERVAIS DOYBOMI INDUSTRIAL 208100

HIDRÓMETRO
Y15S133934

SITUAÇÃO ÁGUA,
LIGADO

SITUAÇÃO ESSENCIAL
LIGADO

CONSUMO ÁGUA (M3): 11.

DATA LEITURA: 04/06/2020
LEIT. ATUAL: 813
LEIT. ANT.: 802
DIAS CONSUMID: 30

HISTORICO DE CONSUMO

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

DESCRICAO

CONSUMO	TOTAL (R\$)
---------	-------------

RESERVA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
RES ENTRE 50 E 100M 1. UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 43,77 POR UNIDADE	10 M3	43,77
11 M3 A 15 M3 - R\$ 4,88 POR M3	1 M3	4,88
ESGOTO		

35.0% DO VALOR DE ÁGUA	17,03
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2020	1,28
FATURAS EM ATRASO	

FATURAS EM ATRASO

REF 202001	187.68	REF 202004	67.68
REF 202002	152.22		
REF 202003	72.2		

TRABO	CULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PI%		1.05	1.08
COFINS		7.6	4.00

ENCARGO	66,96
TOTAL A PAGAR:	66,96

ORNO QUE: ANULIZADO O RELATORIO ANUAL DE QUALIDADE 2020, DE 2019, NO SITE DA CAERN/AGENCIA VIRTUAL/ RANOS NAO LÍSTER DÉRTOS DE FATURAS COM VENCIMENTO EM 2019 -

CONTAMINACIÓN POR METALES PESADOS EN LA AGUA DE BEBIDA				
	Parámetro	pH	Calc. Total	Glicerol Acetato
Gravim.	≤ 0.01	8.0 ± 0.5	% de Austeria	0.2 ± 0.0 mg/L
Vol.	1.15	7.3	100 %	≤ 0.0 mg/L

1009 9 66960006301 2 00266271001 7 06202030003 4



DO NOT
5515-000
5426-3
232-4552

4390	VENIMENTO	TOTAL A PAGAR
7020	14/06/2020	65.06



COMPROVANTE DA CAERN



Companhia Saneamento do Rio Grande do Norte
Rua Normez, 150, Bairro Natal - RN CEP 59025-250
CNPJ 03.594.166/0001-51 | Ins. Est. 20038199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ALCIENE LEAL DA SILVA

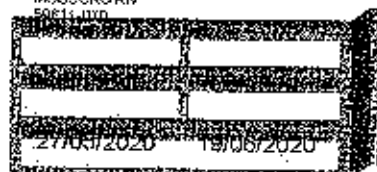
CPF: 480.805.204-59
CLASSIFICAÇÃO

SI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Manifestação

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SEIS DE JANEIRO 1815

SANTO ANTONIO/AREA URBANA
MOSSORO RN
59011-000



	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh) (TUS)	206,00000000	0,33286757	68,72
Consumo Ativo (Wh) (T)	266,00000000	0,32742113	86,29
Contrib. Ilum. Ponto Municipal			17,47
Multa por atraso NF 040882937 - 26/04/20			4,03
Juros por atraso NF 040882937 - 01/04/20			1,01
Atualização IPTU NF 140882937 - 26/04/20			0,76

IP DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Nº de Contadores	Ajuste	Consumo (kWh)
217738835	CAT	20/04/2020	3679900	20/05/2020	3705400	30	1,0000	255,20

Atividade kWh	Valor	Valor de Referência	%	Valor de Referência	Composição do Consumo	Valor	%
MAI 20 226					Carregamento de Energia	R\$ 27,68	38,97%
ABR 20 302					Transmissão	R\$ 1,42	3,83%
MAR 20 258					Distribuição (Cabo)	R\$ 47,71	24,74%
FEV 20 304					Perdas de Energia	R\$ 12,51	5,84%
JAN 20 294					Energia Solar	R\$ 10,47	5,75%
DEZ 19 283							
NOV 19 282							
OCT 19 278							
SET 19 276							
AUG 19 263							
JUL 19 259							
JUN 19 268							

CEBC BRAS 5503 4677 2400 3801 4019 4843

Por favor, ler atentamente as condições de uso e de pagamento deste boleto, e em caso de dúvida, consultar o site www.cosern.com.br ou ligando para 0800 00 00 00. Este boleto é emitido em nome do cliente e não pode ser usado para pagamento de outros boletos. O cliente é responsável por manter o pagamento em dia e por não utilizar o boleto para fins de fraude ou para obter vantagem indevida. O cliente também é responsável por manter o endereço cadastrado atualizado e por fornecer informações corretas sobre o consumo de energia. O cliente deve pagar este boleto até a data de vencimento, sob pena de aplicação de multa e juros. O cliente deve manter este boleto em segurança e não deve perdê-lo. O cliente deve apresentar este boleto em caso de qualquer dúvida ou reclamação.

Atividade kWh	Valor	Valor de Referência	%	Valor de Referência	Composição do Consumo	Valor	%
MAI 20 226					Carregamento de Energia	R\$ 27,68	38,97%
ABR 20 302					Transmissão	R\$ 1,42	3,83%
MAR 20 258					Distribuição (Cabo)	R\$ 47,71	24,74%
FEV 20 304					Perdas de Energia	R\$ 12,51	5,84%
JAN 20 294					Energia Solar	R\$ 10,47	5,75%
DEZ 19 283							
NOV 19 282							
OCT 19 278							
SET 19 276							
AUG 19 263							
JUL 19 259							
JUN 19 268							

Atividade kWh	Valor	Valor de Referência	%	Valor de Referência	Composição do Consumo	Valor	%
MAI 20 226					Carregamento de Energia	R\$ 27,68	38,97%
ABR 20 302					Transmissão	R\$ 1,42	3,83%
MAR 20 258					Distribuição (Cabo)	R\$ 47,71	24,74%
FEV 20 304					Perdas de Energia	R\$ 12,51	5,84%
JAN 20 294					Energia Solar	R\$ 10,47	5,75%
DEZ 19 283							
NOV 19 282							
OCT 19 278							
SET 19 276							
AUG 19 263							
JUL 19 259							
JUN 19 268							

Atividade kWh	Valor	Valor de Referência	%	Valor de Referência	Composição do Consumo	Valor	%
MAI 20 226					Carregamento de Energia	R\$ 27,68	38,97%
ABR 20 302					Transmissão	R\$ 1,42	3,83%
MAR 20 258					Distribuição (Cabo)	R\$ 47,71	24,74%
FEV 20 304					Perdas de Energia	R\$ 12,51	5,84%
JAN 20 294					Energia Solar	R\$ 10,47	5,75%
DEZ 19 283							
NOV 19 282							
OCT 19 278							
SET 19 276							
AUG 19 263							
JUL 19 259							
JUN 19 268							

Atividade kWh	Valor	Valor de Referência	%	Valor de Referência	Composição do Consumo	Valor	%
MAI 20 226					Carregamento de Energia	R\$ 27,68	38,97%
ABR 20 302					Transmissão	R\$ 1,42	3,83%
MAR 20 258					Distribuição (Cabo)	R\$ 47,71	24,74%
FEV 20 304					Perdas de Energia	R\$ 12,51	5,84%
JAN 20 294					Energia Solar	R\$ 10,47	5,75%
DEZ 19 283							
NOV 19 282							
OCT 19 278							
SET 19 276							
AUG 19 263							
JUL 19 259							
JUN 19 268							

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Sérgio Costa de Noronha inscrito (a) no CPF sob o Nº 877.270.214 / 15 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos Eduardo Estivan de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.692.584 / 08, do sinistro de DPVAT cobertura em Validez da Vítima Carlos Eduardo Estivan 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 <u>Rua 06 de Janeiro</u>		Número <u>3615</u>	Complemento <u>caso</u>
Bairro <u>Santo Antonio</u>	Cidade <u>Mossoró</u>	Estado <u>RN</u>	CPF <u>59611-070</u>
Email <u>Reuso</u>	Telefone comercial (DDD) <u>184199538106</u>		Telefone celular (DDD) —

Mossoró/RN 18 de Agosto de 2020
Local e Data

Paulo Sérgio Costa de Noronha
Assinatura do Declarante



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



Unidade: UPA CONCECITA GIARLINI

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: 371865

Atendimento Nº:

Nome:

CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA

Idade:

01/06/1992 (27a 11m)

Sexo:

Masculino

Cartão SUS:

700005141003404

Nome da Mãe:

ALZENIR ESTEVAN DE LIMA

Profissão:

AUX. ADMINISTRATIVO

Endereço (Rua/Av.):

R. NILO FECANHA

Nº:

1351

Complemento:

Bairros:

BARROCAS

Cidade:

59621-180 MOSSORÓ RN

Estado:

Telefone:

(84) 988224490 - 8498822

Clinica:

Data:

14/05/2020

Hora:

10:51

CLÍNICA MÉDICA

Motivo da Procura:

CPF do paciente: 140.320.988-09

Rubrica Servidor:

LUZANEIDE

Assinatura do Paciente:

() Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos:

HAS () DM: ()

Assinatura:

Classificação:

ANAMNESE:

Queixa de dor

EXAME FÍSICO:

Peso:

Temperatura:

F.C.:

PA:

F.R.:

Glasgow:

SpO2:

HGT:

Card. Coração

Pulso regular

RX

() Laboratório:

() Radiológico:

() ECG

() Outros

Hipótese de Diagnóstico:

CID:

Conduta: () Medicação

() Observação

() Laudo para A/H

Saída: Data/Hora ____/____/____ às ____:____ h.

() Alta referido para UBS

() Óbito

() Outra Unid. Urgência

() Especialidade

() Internação no Hospital:

Médico: (Carimbo e Assinatura)

Dr. João L. Esmeraldo

Médico

CREMERN 10468

UPA - Conceição Glória

Confere com o original

Mossoró - RN

26/06/20

Manoela

SAME - Arquivo

① Vela - 79 y, IM

11.05.2020
11.05.2020
11.05.2020

Dr. Flavio L. Esmeraldo F.
Médico
CREMERN 10468



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 8394 /2020

Admissão: 14/05/2020 11:38:25

OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 60894 - CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA (27 a 11 m 13 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

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS: AUTORIZADO POR DR. JOAO FIRMINO

Classificação:

14/05/2020 11:36:03

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: REFERE TRAUMA EM OMBRO DIREITO POS QUEDA DE MOTO

Dt e Hora: _____

FX Ombro
Dir

Assin: _____

Diagn. Inicial: _____

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORARIO

ASSINT.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORO 31/06/2020

SAME/ARQUIVO

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

CID

Proc.

Data: ____/____/20. Hr: ____:____

Médico: _____

(Assinar 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

RECEITUÁRIO

Carlo Eduardo E. Lima

Emanando p/ Tarciso
pl. realizar RX de artro
distal de tornozelo
querida de moeda

Data:

14/05/2020

Assinatura e Carimbo

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

Dr. Félcio L. Esmeraldo F.
Médico
CREMERN 10463

OFÍCIO REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
MOSSORÓ 25/06/2020

SAME/ARQUIVO



HOSPITAL
WILSON ROSADO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Carlos Eduardo Estevam de Lima Idade: 27
Reg. Geral: W56052 Convênio: Sus Unidade/Leito: 203-03
Clínica: Ortop Data: 26/05/2020

Evolução Médica

1. P.O. do Anterótero do Fêmur Ossículo (D)
Procedimento SI interconexão

2. Analg; ATB; Curativo; R. controle

Prescrição Médica

Aprazamento

1. Dieta VD Branda
2. SF. 0,9% 500ml (R) 8/12h. ^{13:35} SALA - 20^h C4 32^h
3. Dipirona 1g + ABD (R) 6/6h. ^{13:35} SALA 20^h 02 08^h
4. Tramadol 50mg/ml ^{13:35} SALA - SN
100 + SF. 0,9% (R) 8/12h, no dia
5. Cefalotina + ABD (R) 6/6h. ^{13:35} SALA 20^h 02 08^h
6. Novurshan 3mg/1/4ml - ABD (R) 8/12h, no dia - SN
7. Curativo local 1x/dia - 06
8. SSVU: CCG - Relina

Dr. Letícia de Cássia Rigólia
Ortopedia e Traumatologia
CRM/AM 2287 / TBO 13541

Medicação administrada por:

M

T

N



HOSPITAL
WILSON ROSADO

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

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: Artroscopia Fratura Clavícula (D)
2. Cirurgia Secundária: _____
3. Cirurgião: Dr. Guilherme Rigolin CRM: 1177
1º Auxiliar: Dr. Eduardo Medeiros CRM: 6439
2º Auxiliar: _____ CRM: _____
Enfermeiro(a): Carla COREN: _____
4. Anestesista: Dr. Rayano CRM: _____
5. Instrumentador: Marc COREN: _____

Dr. Guilherme Rigolin
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PA 0107 / TR07 13541

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

Assinatura Cirurgião: _____ CRM: _____
Data: 26/05/2020
Para anestesia local, informar: _____
Hora do início do procedimento: _____ Hora do término do procedimento: _____

Dr. Guilherme Rigolin
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PA 0107 / TR07 13541



Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

FICHA DE ANESTESIA

NOME <u>Carlos Eduardo Estevan de Lima</u>						DATA <u>26.05.2020</u>	
SERVIÇO <u>HW-R-S-S ORTOP</u>		ANESTESISTA <u>Deysiane Santos</u>		CIRURGIÃO <u>Eduardo + Guilherme</u>			
IDADE <u>27</u>	SEXO <u>F</u>	COR <u>P</u>	PR. ART. <u>150/80</u>	PULSO <u>90</u>	TEMP. <u>—</u>	ESTADO FÍSICO <u>1 2 3 4 5</u>	PRÉ-ANESTÉSICO <u>—</u>
DIAGNÓSTICO <u>Fratura clavícula ①</u>							

OPERAÇÃO REALIZADA 048010150 Trat. Cx. Frat. clavícula

INÍCIO <u>13:30</u>	TERMINO <u>15:00</u>	DURAÇÃO <u>1:30</u>	ROTINA	EMERGÊNCIA	EXTRA
---------------------	----------------------	---------------------	--------	------------	-------

SpO ₂	<u>100 - 100 - 100 - 100 - 100</u>
ETCO ₂	<u>30 - 30 - 30 - 31 - 31</u>
HORA	<u>13:30</u> <u>14:30</u>
A	<u>02</u>
G	<u>AR</u>
E	<u>SEVO</u>
N	<u>USE JMG</u>
T	<u>SE</u>
S	<u>SE</u>
CÓDIGO	
ANESTESIA X	220
OPERAÇÃO ①	200
INTUBAÇÃO X ENDOTRAQUEAL	180
PRES. SISTOL.	140
PRES. DISTOL.	120
PULSO	100
RESPIR. ASIST.	80
RESPIR. EXPONT.	60
RESPIR. CONTR.	40
POSICÃO	20
OBSERVAÇÕES	<p>X Monitorização + reativação venoclíptica</p> <p>① Sufronil 45mg IV +</p> <p>Ureclaina 20mg IV +</p> <p>Propofol 200mg IV +</p> <p>Succinilcolina 80mg IV</p> <p>② IOT com tor 8.0 com</p> <p>cuff sob endoscopia</p> <p>direta</p> <p>③ Atacina 80mg IV</p> <p>④ Sulfato de morfina 40mg +</p> <p>Ureclaina 120mg +</p> <p>Cefazolina 15mg +</p> <p>Cefazolina 100mg no SC</p> <p>⑤ Cefazolina 20mg +</p> <p>Dexametasona 4mg +</p> <p>Ondansetron 8mg +</p> <p>Diluvon 20 no SC</p> <p>⑥ Sulfato de morfina 40mg +</p> <p>Cefazolina 100mg no SC</p> <p>⑦ Neostigmina 2mg IV</p> <p>Soro 1.5L Atropina 0.5mg IV</p> <p>Sangue 400mg no SC</p> <p>Outros ⑧ Tramadol 50mg IV</p> <p>X 60 cm de tubo</p>

TÉCNICA ANEST. GERAL: () INALATÓRIA: () ENDOVENOSA: () BALANCEADA: (X) SEDACÃO: ()

ANEST. REGIONAL: () RAQUIDIANA: () PERIDURAL: () OUTROS: ()

AGENTES EMPREGADOS

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

Dr. Deysiane Santos
Anestesiologista
CRM 100000



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. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6722

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

Pař: NADA CONSTA

Logradouro: NILO PECANHA, 1351

CEP: 59621180

Bairro: BARROÇAS

Cidade: MOSSORO

Telephone: 84.88224490

Comp:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

QBS:

Classificação:

PESO:

22/05/2020 11:30:11

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: FAZER EXAMES LABORATORIAIS P/ CIRURGIA ORTOPÉDICA

Dt e Hora:

Diagn. Inicial:

Assin:

[illegible]

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

C/D

Proc.

Data: / /20. Hr: :

Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS. Impresso em 22 de Maio de 2020.

(Assinar e Carimbar)

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.924/0001-50

N.4

HOSPITAL
WILSON ROSADO

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

BOLETIM DE ADMISSÃO

Nº AIN
ANALIDUINA

456052 - CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA

SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 01/06/1992 - 27 A, 11 M, 25 D

CPF: 101.692.584-08

RG: 002648766

CNS: 702802143127964

Convênio: SUS

Leito: 205-01

Enfermaria: 205 - AP 205

Endereço: NILO PECANHA, Nº 1.351 - CEP: 59600010

Bairro: BARROÇAS

Cidade: Cód.: 2408003 - MOSSORO/RN

Profissão:

Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Pai:

Mãe: ALZENIR ESTEVAN DE LIMA

Naturalidade: MOSSORO

Caráter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA

Procedimento Solicitado: 0408010150-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA - S420 - FRAT DA CLAVICULA

Diagnostico Definitivo:

Acomodação:

Médico: 6439 - EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS

Carteira:

Validade: 30/12/1999

Autorização:

Senha:

Guia:

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido: _____

História Clínica

alta - 27/05/20

Diagnóstico Provável

Carlos Eduardo Estevan de Lima

RESPONSÁVEL

EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Quadril
CRM/RN - 6439 - TEOT 13540

EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS

Descrição dos procedimentos cirúrgicos

Exame em DPA sob anestesia geral e posicionado sobre a mesa. Anterior.
Anexo e colocação de campo estéril. Incisão: 4 cm em face anterior
distal (D). Direção por plano: linha de fratura oblíqua. Redução
do fratura e fixada com dois parafusos de tração. Montagem
do bloco de apoio de ressecção 35. O.R. fixado com dois
parafusos corticais lateral e 02 parafusos corticais distal. Redução rotunda
Hérnia e excisão linfática axila com S.F.O. 4/0. Preenchimento de hemostase.
Sutura por planos. Curativo Estéril. DPA.

Dr. Guilherme Cavaliere Aguiar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 124.167 / 1207 13341

Data: 27/05/2020

#FRATURA CLAVICULA

09 12 15 18 21 66

1.	DIETA LIVRE	
2.	SF 0,9% 500ML EV DE 12/12H	12 24
3.	DIPIORNA 1G + ABD EV DE 6/6H	08 14 20 02
4.	TILATHL 40MG + 100ML SF 0,9% EV , 1X/DIA (suspenso)	Suspensão
5.	TRAMAL 50MG + 100ML SF 0,9% EV DE 8/8H, SE DOR	SN
6.	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H	08 14 20 02
7.	CURATIVO DIARIO	06
8.	SSSVV + CCGG	Retina
09.	ALTA HOSPITALAR	
10.		
11.		
12.		
13.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

Dr. Raphael Magalhães Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 5720

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente evolui em BEG, sem queixas.

FO em bom aspecto, neurovascular sem alteração.

Conduta: ALTA HOSPITALAR



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Carlos Eduardo Estevan de Lima Idade: 27 Registro: 456057
Setor: CC Médico: D. Eduardo Enferm./Leito: 203-03

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
26/05/20	11:35	Paciente admitido neste setor centro Cirurgias Proximien- te de para residência acom- panhado por maquiagem e fami- liar para submeter-se a procedimento cirurgico em Dr. Eduardo. Paciente conve- nte, orientado em O ² ambien- te verbalizando, diambellando SIC, Rega DM, PMS e aler- gia medicamentosa, peque- no leito aguardando pro- cedimento.	
	13:30	Paciente encaminhado para SO - Acabo paciente em SO para anestesia.	
	13:45	Início do regime anestésico geral + intubação com M ² Soyam o membro monitora- do.	
	15:00	Termino do procedimento cirur- gico com a educação, M ² Ger- verno realizado disseminação em local adequado.	
	15:15	Termino do procedimento cirurgico sem intercorrências o membro com curativos limpo em F.O.	
26/05/20	15:20	Encaminhado paciente para no para cuidados de enfer- - RECEBO PACIENTE em C.P.O. PÓS-CIRURGICO COM CURATI- VO EM F.O. SONOLENTO FORA EM LEITO COM MÁSCARA	

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

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


Convênio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 203-03

26/05/2020

Horas 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 AMBIENTE ACEITANDO DIETA VIA ORAL. AOS SSV: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEICO, EM AA, ACIANÓTICO, ANICTERICO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICAIS PRESENTES. LIVRE DE EDEMAS. SONO PRESERVADO. HIGIENE SATISFATÓRIA. AVP VIABILIZANDO HV + TM. FERIDA OPERATÓRIA COM CURATIVO LIMPO E SECO, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUIR AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.	LAURA BEATRIZ DE SOUSA Saldanha (ENFERMEIRANDA)	
----------	---	---	---

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

CNPJ: 35.650.324/0001-50

MOSSORO/RN

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


27/05/2020

Profissional

Assinatura

2:00	Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O ₂ : 0, Fi. O ₂ : 0, Ventilação: , Decúbito: ADMINISTRADO DIPIRONA 1G + ABD + ABD + CEFALOTINA + ABD, IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.	ALDENIRA	 Aldenira de Fátima Alves Téc. Enfermagem COREN - RN 513102
4:00	Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O ₂ : 0, Fi. O ₂ : 0, Ventilação: , Decúbito: INICIADO ETAPA DE SFQ, 9% 500ML, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.	ALDENIRA	 Aldenira de Fátima Alves Téc. Enfermagem COREN - RN 513102
6:00	Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O ₂ : 0, Fi. O ₂ : 0, Ventilação: , Decúbito: REALIZADO TROCA DE CURATIVO, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.	ALDENIRA	 Aldenira de Fátima Alves Téc. Enfermagem COREN - RN 513102

26/05/2020

20:00	Pa.: 120/80, Temp.: 36,2, FC.: 72, FR.: 20, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O ₂ : 0, Fi. O ₂ : 0, Ventilação: , Decúbito: RECEBO PACIENTE, POS ORTOPEDICO DE CLAVICULA, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO EM O2 AMBIENTE VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, ACEITA DIETA VIA ORAL, COM ACESSO AVP VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO VENOSA + TERAPIA MEDICAMENTOSA. AOS EXAMES: AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDIO E EUPNEICO. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. SEGUIE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO. INICIADO ETAPA SFQ, 9% 500ML, ADMINISTRADO DIPIRONA 1G + ABD, IV + ABD, IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.	ALDENIRA	 Aldenira de Fátima Alves Téc. Enfermagem COREN - RN 513102
-------	--	----------	---

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

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


Convênio: SUS

Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 201-02

27/05/2020

Hora PA Temp FC PR Glicemia

Assinatura

08:00:00	PACIENTE INTERNADO NESSE 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 SSVV: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEÍCO, EM AA, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS AGUARDA E VESICAIS PRESENTES. LIVRE DE EDEMAS. SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATORIA. COM AVP VIABILIZANDO HV + TM. FERIDA OPERATÓRIA COM CURATIVO LIMPO E SECO. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.	JEMIMA MEDEIROS DE PAULA (ENFERMEIRANDA)	 Jemima Medeiros de Paula Enfermeira COREN-RN 263.343
----------	---	---	---



HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel.: (84) 3318-9000

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 Leito: 201-02

27/05/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

08:00:00	RECEBO PACIENTE PÓS CIRURGIA ORTOPEDICA, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, DIETA POR VO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO + TERAPIA MEDICAMENTOSA, AO EXAME: NORMOTENSO, NORMOCARDICO, EUPNEICO, AFEBRIL, SEM EDEMA, SEM HEMATOMA, DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÃO PRESENTE, CURATIVO LIMPO SECO NA FO, O MESMO NO MOMENTO NÃO APRESENTA QUEIXAS, SEGUIR AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.	JOELMA KARLA DUARTE MARINHO	 JOELMA KARLA DUARTE MARINHO Téc. Enfermagem COREN - RN 730779
12:00:00	ADMINISTRADO 1 AMP DE DIPIRONA+ABD IV, 1 FRASCO DE CEFALOTINA+ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. - PA: 150/90 TAX: 36,508 F.C.: 71 F.R.: 21 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 96 FI O2: 0 Ventilação: Debito:	JOELMA KARLA DUARTE MARINHO	 JOELMA KARLA DUARTE MARINHO Téc. Enfermagem COREN - RN 730779
	ADMINISTRADO 1 SF, 9% DE 500 ML IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. - PA: TAX: 0,008 F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 FI O2: 0 Ventilação: Debito:		



HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel.: (84) 3318-9000

Page 1 of 1

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

Convênio: SUS




Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 201-02

27/05/2020

Anotação

Técnico(a)

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, NORMOCÁRDICO, 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. ADMINISTRADO 1 AMP DE DIFIRONA+ABD IV, 1 FRASCO DE CEFALOTINA+ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: 150/90 TAX: 36,50g F.C.: 71 F.R.: 21 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 96 FI O ₂ : 0 Ventilação: Debitivo:	JOELMA KARLA DUARTE MARINHO	 Joelma Karla Duarte Marinho Téc. Enfermagem COREN - RN 730779
12:00:01	ADMINISTRADO 1 SF, 9% DE 500 ML IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00g F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Debitivo:	JOELMA KARLA DUARTE MARINHO	 Joelma Karla Duarte Marinho Téc. Enfermagem COREN - RN 730779
12:20:01	PACIENTE RECEBE VISITA MÉDICA, RETIRADO APT. SAI DE ALTA HOSPITALAR EM CADEIRA DE RODAS ACOMPANHADO POR MAQUETEIRO E FAMILIAR, O MESMO SEGUE COM RECETUÁRIO E ORIENTAÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00g F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Debitivo:	JOELMA KARLA DUARTE MARINHO	 Joelma Karla Duarte Marinho Téc. Enfermagem COREN - RN 730779

[illegible]

Cuidados Especiais:

Visto Enfermeiro



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
UNIDADE NACIONAL DE HABITAÇÃO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1290387313

NOME
PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR IIF
1329227 ITP RN

CPF 877.270.214-15 DATA NASCIMENTO 08/08/1972

ENDEREÇO
FRANCISCO DAS CHAGAS
NORONHA
LUZIA MARIA ALVES DE
CASTRO

PERMISSÃO ACC CATNAB
22%

Nº REGISTRO 01949250613 VALIDADE 03/12/2021 1ª HABITAÇÃO 08/09/1994

OBSERVAÇÕES
A

Passa 24h e 10min 4 de novembro

ASSINATURA DO EMISSOR

LOCAL MOSSORO, RN DATA EMISSÃO 08/12/2016

ASSINATURA DO EMISSOR 99416102055
RN702520724


DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PRECISAO PLASTIFICAR
1290387313

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1929548776

CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
002948766 SSP RN

CPF 191.692.584-08 DATA NASCIMENTO 01/06/1992

FILIAÇÃO
ALZENIR ESTEVAN DE LIMA

PERMISSÃO ☒ ADIC ☒ CAT. HAB ☒

Nº REGISTRO 55262650125 VALIDADE 02/12/2024 HABILITAÇÃO 14/09/2011

OBSERVAÇÕES
KAR

Carlos Eduardo E. de Lima
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL MOSSORÓ, RN DATA EMISSÃO 04/12/2019

51526446012
RN706841811

RIO GRANDE DO NORTE

DETRAN - RN 9456/1987 Nº 012528315548
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 039-432-404-97
NOME: ANTONIA ALVARES SILVA
EXERCÍCIO: 2016

PLACA: 039-432-404-97
NOME: ANTONIA ALVARES SILVA
EXERCÍCIO: 2016

PLACA: 039-432-404-97
NOME: ANTONIA ALVARES SILVA
EXERCÍCIO: 2016

PLACA: 039-432-404-97
NOME: ANTONIA ALVARES SILVA
EXERCÍCIO: 2016

PLACA: 039-432-404-97
NOME: ANTONIA ALVARES SILVA
EXERCÍCIO: 2016

RN Nº 012528315548 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.DPVAT13SEGURODISTRANSILIO.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 7204

EXERCÍCIO: 2016
DATA EMISSÃO: 16/04/2016
PLACA: 039-432-404-97
NOME: ANTONIA ALVARES SILVA

PLACA: 039-432-404-97
NOME: ANTONIA ALVARES SILVA
EXERCÍCIO: 2016
DATA EMISSÃO: 16/04/2016

PLACA: 039-432-404-97
NOME: ANTONIA ALVARES SILVA
EXERCÍCIO: 2016
DATA EMISSÃO: 16/04/2016

PLACA: 039-432-404-97
NOME: ANTONIA ALVARES SILVA
EXERCÍCIO: 2016
DATA EMISSÃO: 16/04/2016

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Carlos Eduardo Estiven de Lencastre, brasileiro(a),
estado civil: solteiro, Profissão: Revisor, Data do Acidente 14-05-2020
Cobertura envolvida portador(a) do RG 002.648.766, órgão expedidor
SSP/RN do CPF: 101.692.584-08 residente no(a)
Rua: Vito Perceira nº 3354
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 Lencastre
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

Titular do CPF: 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 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