



Número: **0820142-70.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **10/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                                    |                    | Procurador/Terceiro vinculado                |                          |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------|--------------------------|
| CARLOS EDUARDO ESTEVAM DE LIMA (AUTOR)                    |                    | CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA (ADVOGADO)   |                          |
| Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU) |                    | LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)     |                          |
| Documentos                                                |                    |                                              |                          |
| Id.                                                       | Data da Assinatura | Documento                                    | Tipo                     |
| 64196049                                                  | 07/01/2021 22:01   | <a href="#">2777087_CONTESTACAO_Anexo_03</a> | Documento de Comprovação |



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

Carta nº 16065379





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

Pag. 01207/01208 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060604



Carta nº 16076359





# 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 ASI: 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: 15 - 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 3064 CONTA: 29154 3 AGÊNCIA: CONTA:

Autoriza 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 impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de registro de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atenda 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo nascer)? ☐ 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 Lider 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 - Assinatura do segurado ou do beneficiário: 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, 11/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

END. ANT. 10/01/2016







Governo 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 autenticidade 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.defesa-social.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL  
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001030983

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

2.6 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: ALZEMIR ESTEVAN DE LIMA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 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: 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 PROPRIETARIA 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 CONCHECITA CARLINI

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 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, 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       |



Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo  
Data de Impressão: 16/09/2020 10:47:05

Página 1 de 2  
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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<br>ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS -<br>RENAINF |
| Nome Envolvido<br>CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA | Envolvimentos<br>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 del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo  
Data de Impressão: 16/09/2020 10:47:05

Página 2 de 2  
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



## 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<br>COMPROVADOS                | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>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: 101.692.584-08 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: Revisor 8 - Endereço: Rua Nelson Piccinini 9 - Número: 1351 10 - Complemento: Coar  
11 - Bairro: Bom Jardim 12 - Cidade: Barro 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59621-180  
15 - E-mail: Revisu 15 - 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:

☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ 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 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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) Civil ☐ Divorçado ☐ Separado Indolentemente ☐ 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 (a) (s)? ☐ 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 - Inscrição do(a) vítima no sistema de identificação: \_\_\_\_\_  
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, Barro RN 18-08-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Carlos Eduardo Estivam de Lemo

43 - Assinatura do Procurador (se houver): Paulo Sérgio Cortes de Azevedo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

07/2016



# 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







**COSERN**

Companhia Saneamento do Rio Grande do Norte  
Rua Normas, 150, Bairro Natal - RN CEP 59025-250  
CNPJ 03.334.186/0001-51 | Ins. Est. 20030759-0 | www.cosern.com.br

Ativ. Econômica: 4930-00-00 - Serviço de distribuição de energia elétrica (exceto para as atividades de 4930-00-00)

**DADOS DO CLIENTE**

ALICE NELEAL DA SILVA

CPF: 489.805.264-09  
CLASSIFICAÇÃO

SI RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

Município

UF

CEP

Endereço

Bairro

Cidade

Estado

País

Telefone

E-mail

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA SEIS DE JANEIRO 1815

SANTO ANTONIO/AREA URBANA

MOSSORO RN

59611-000

Endereço

Bairro

Cidade

Estado

País

Telefone

E-mail

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

| QUANTIDADE   | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--------------|-------------|-------------|
| 266,00000000 | 0,33386797  | 88,82       |
| 266,00000000 | 0,32742113  | 87,10       |
|              |             | 17,57       |
|              |             | 4,00        |
|              |             | 1,01        |
|              |             | 0,76        |

| RF DO REGISTRO | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DE BOLSAS | CONSUMO | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|----------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|--------------|---------|--------|---------------|
| 0171200030     | CAT            | 30/04/2020    | 30 78,00         | 27/05/2020 | 31 054,00     | 30           | 1,0000  |        | 289,20        |

| RF DO REGISTRO | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DE BOLSAS | CONSUMO | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|----------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|--------------|---------|--------|---------------|
| 0171200030     | CAT            | 30/04/2020    | 30 78,00         | 27/05/2020 | 31 054,00     | 30           | 1,0000  |        | 289,20        |

| RF DO REGISTRO | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DE BOLSAS | CONSUMO | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|----------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|--------------|---------|--------|---------------|
| 0171200030     | CAT            | 30/04/2020    | 30 78,00         | 27/05/2020 | 31 054,00     | 30           | 1,0000  |        | 289,20        |

| RF DO REGISTRO | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DE BOLSAS | CONSUMO | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|----------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|--------------|---------|--------|---------------|
| 0171200030     | CAT            | 30/04/2020    | 30 78,00         | 27/05/2020 | 31 054,00     | 30           | 1,0000  |        | 289,20        |

| RF DO REGISTRO | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DE BOLSAS | CONSUMO | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|----------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|--------------|---------|--------|---------------|
| 0171200030     | CAT            | 30/04/2020    | 30 78,00         | 27/05/2020 | 31 054,00     | 30           | 1,0000  |        | 289,20        |

| RF DO REGISTRO | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DE BOLSAS | CONSUMO | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|----------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|--------------|---------|--------|---------------|
| 0171200030     | CAT            | 30/04/2020    | 30 78,00         | 27/05/2020 | 31 054,00     | 30           | 1,0000  |        | 289,20        |

| RF DO REGISTRO | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DE BOLSAS | CONSUMO | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|----------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|--------------|---------|--------|---------------|
| 0171200030     | CAT            | 30/04/2020    | 30 78,00         | 27/05/2020 | 31 054,00     | 30           | 1,0000  |        | 289,20        |

| RF DO REGISTRO | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DE BOLSAS | CONSUMO | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|----------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|--------------|---------|--------|---------------|
| 0171200030     | CAT            | 30/04/2020    | 30 78,00         | 27/05/2020 | 31 054,00     | 30           | 1,0000  |        | 289,20        |

| RF DO REGISTRO | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DE BOLSAS | CONSUMO | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|----------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|--------------|---------|--------|---------------|
| 0171200030     | CAT            | 30/04/2020    | 30 78,00         | 27/05/2020 | 31 054,00     | 30           | 1,0000  |        | 289,20        |

**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 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**<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 Sérgio Costa da Nogueira 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 101.692.584/08, 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<br><u>Rua 06 de Janeiro</u> |                          | Número<br><u>3615</u>                          | Complemento<br><u>Coar</u>  |
| Bairro<br><u>Santo Antonio</u>       | Cidade<br><u>Mossoró</u> | Estado<br><u>RN</u>                            | CPF<br><u>59511-070</u>     |
| Email<br><u>Reuso</u>                |                          | Telefone comercial(DDD)<br><u>184199538106</u> | Telefone celular (DDD)<br>— |

Mossoró/RN 18 de Agosto de 2020  
Local e Data

Paulo Sérgio Costa da Nogueira  
Assinatura do Declarante

DL0RL001 V001/2017





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



Unidade UPA CONCECITA CIARLINI

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: 371885

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 KECANHA

Nº:

1351

Complemento:

Bairro:

BARROCAS

Cidade:

59621-180 MOSSORÓ RN

Estado:

Telefone:

(84) 988224490 - 8498822

Clinica:

Data:

14/05/2020

Hora:

10:51

Motivo da Procura: OPI do paciente 140.320.928-09

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:

Síndrome de miastenia

EXAME FÍSICO:

Peso:

Temperatura:

F.C.:

PA:

F.R.:

Glasgow:

SpO2:

HGT:

( ) Laboratório:

( ) Radiológico:

( ) ECG

( ) Outros

Hipótese de Diagnóstico:

CID:

Conduta:

( ) Medicação

( ) Observação

( ) Laudo para AHH

Saida: 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 Ciarlina

Confere com o original

Mossoró - RN

Luizaneide  
SAME - Arquivo



① Volta - 79 kg, IM

Arquit  
21.05.2020  
11.05.2020

Dr. Flávio L. Esmeraldo F.  
Médico  
CREMERV 10468







**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**RECEITUÁRIO**

Carlo Eduardo E. Lima

Examinado p/ Tarcisio  
p/ realizar RX de antebraço  
direito por lesão q/da  
queda de moto

Dr. Fábio L. Estrela F.  
MÉDICO  
CREMERN 10463

Data: 14/05/2020

Assinatura e Carimbo

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

OFICIAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESSE CONFORME O ORIGINAL  
MOSSORÓ 25/05/2020

SAME/ARQUIVO





HOSPITAL  
WILSON ROSADO

## EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

### Evolução Médica

1. Pó3 do Anterior do Fêmur Ovariado (D)  
Examinando SI interconexão

2. Analg; A+B; Curativo; R+ controle

### Prescrição Médica

### Aprazamento

1. D+ (D) Branda  
2. SF-0,5% 500ml (D) 8/12h.  $\rightarrow$  35 SALA - 20 04 32 ✓  
3. Dipirona 4g + ABD (D) 6/6h.  $\rightarrow$  35 SALA 20 02 08 ✓  
4. Tramadol 50mg/ml  $\rightarrow$  (D) 8/12h, no dor - SN  
100 ml SF-0,5%  $\rightarrow$  35 SALA 20 02 08 ✓  
5. Cefalotina + ABD (D) 6/6h.  $\rightarrow$  35 SALA 20 02 08 ✓  
6. Nimesulida 8mg/1/2ml - ABD (D) 8/12h, no dor - SN  
7. Curativo Local 1x/dia - 06  
8. SSVU: CCG 6 - Relativa

Dr. Leticia Carla Rigó  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RS 2587 / FBO 13511

Medicação administrada por:

M

T

N





HOSPITAL  
WILSON ROSADO

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

## Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: Artroscopia Fratura Clavicular (D)  
2. Cirurgia Secundária: \_\_\_\_\_  
3. Cirurgião: Dr. Guilherme Carlos Rigolin CRM: 6439  
1º Auxiliar: Dr. Eduardo Medeiros CRM: 6439  
2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
Enfermeiro(a): Liliana COREN: \_\_\_\_\_  
4. Anestesista: Dr. Danyso CRM: \_\_\_\_\_  
5. Instrumentador: Marc COREN: \_\_\_\_\_

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: Dr. Guilherme Carlos Rigolin CRM: \_\_\_\_\_  
Data: 26/05/2020  
Para anestesia local, informar: \_\_\_\_\_  
Hora do início do procedimento: \_\_\_\_\_ Hora do término do procedimento: \_\_\_\_\_





## FICHA DE ANESTESIA

|                                                       |               |              |        |            |       |
|-------------------------------------------------------|---------------|--------------|--------|------------|-------|
| OPERAÇÃO REALIZADA 048010150 Trat. Cx. Frat. cervical |               |              |        |            |       |
| INÍCIO 13:30                                          | TERMINO 15:00 | DURAÇÃO 1:30 | ROTINA | EMERGÊNCIA | EXTRA |

| SpO <sub>2</sub>            |     | ETCO <sub>2</sub>      |  |
|-----------------------------|-----|------------------------|--|
| 100 - 100 - 100 - 100 - 100 |     | 30 - 30 - 30 - 31 - 31 |  |
| HORA                        |     |                        |  |
| A                           |     |                        |  |
| G                           |     |                        |  |
| E                           |     |                        |  |
| N                           |     |                        |  |
| T                           |     |                        |  |
| S                           |     |                        |  |
| CÓDIGO                      |     |                        |  |
| ANESTESIA X                 | 220 |                        |  |
| OPERAÇÃO ⊙                  | 200 |                        |  |
| INTUBAÇÃO X<br>ENDOTRAQUEAL | 180 |                        |  |
|                             | 160 |                        |  |
|                             | 140 |                        |  |
| PRES. SISTOL. V             | 120 |                        |  |
| PRES. DISTOL. A             | 100 |                        |  |
| PULSO, ◆                    | 80  |                        |  |
|                             | 60  |                        |  |
| RESP. ASSIST. - RA          | 40  |                        |  |
| RESP. EXPONT. - RE          | 20  |                        |  |
| RESP. CONTR. - RC           | 0   |                        |  |
| OBSERVAÇÕES                 |     |                        |  |

14h 15h

USE JARIG

ANESTESIA X

OPERAÇÃO ⊙

INTUBAÇÃO X  
ENDOTRAQUEAL

PRES. SISTOL. V

PRES. DISTOL. A

PULSO, ◆

RESP. ASSIST. - RA

RESP. EXPONT. - RE

RESP. CONTR. - RC

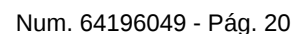
POSIÇÃO

OBSERVAÇÕES

X Monitorização +  
resolução venodilut  
pré-O<sub>2</sub> 100% SuF ex lmn  
① SuF Antobil 45mg SuF  
Udoacina 20mg SuF  
Propofol 200mg SuF  
Succinilcolina 80mg SuF  
② Iot com tor 5.0 com  
cult sob endoscopia  
direta  
③ Atacão 80mg SuF  
④ SuFato de magnésio 40g  
Udoacina 10mg +  
Cetorolona 15mg +  
Cetorolona 10mg no 9-  
⑤ Cetorolona 20g +  
Dexametasona 10mg +  
Ondansetron 8mg +  
Dipirona 2g no 9-  
⑥ SuFato de magnésio 40g  
Cetorolona 10mg +  
Udoacina 10mg no 9-  
⑦ Neostigmina 2mg SuF  
Soro 1,5L Atropina 0,5mg SuF  
Sangue 100mg no 9-  
Outros ⑧ Tramadol  
Xbo cas  
Núcleo de 10.

**AGENTES EMPREGADOS**

|                                                                      |                                                                      |                                                                                                                        |                                       |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| ACORDADO                                                             | SALA DE RECUPERAÇÃO                                                  | CONDIÇÕES                                                                                                              | 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. <i>Davidson</i><br>Ass. <i>de</i> |





**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 2222



**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

Paix: NADA CONSTA

Logradouro: NILO PECANHA, 1351

CEP: 59621180

Bairro: BARROCAS

Cidade: MOSSORÓ

Telephone: 84.88224490

Comp1:

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

**Tipo:** REGULADO

**Origem: FAMÍLIA**

\*Empresa:

**OBS:**

**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:**

1

Hr.

•

**Médico:**

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

(Assinar e Carimbar)





Descrição dos procedimentos cirúrgicos

Exame em DPA sob anestesia geral e posicionado no decúbito prono. Anteriormente a colocação do campo estéril. Incisão 2 cm em face anterior distal (1). Direção por plano; limpeza do fratura obliqua; redução do fratura e fixada com dois parafusos de tração. Montagem do plano de apoio de sustentação 3,5 08 Juro e fixado com dois parafusos corticais lateral e 02 parafusos corticais medial. Redução rotatória e encaixe; limpeza com S.F.G. e; lavagem de hemostase; Sutura por planos; Curativo Estéril; DPA.

Dr. Guilherme Carlos Magalhães  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 13841



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 Roberto Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 5220

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente evolui em BEG, sem queixas.

FO em bom aspecto, neurovascular sem alteração.

Conduta: ALTA HOSPITALAR





HOSPITAL  
WILSON ROSADO

Paciente: Paulo Eduardo Esteves de Lima Idade: 27 Registro: US 6057  
Setor: CC Médico: Dr. Eduardo Enferm./Leito: 203-03

| Data       | Hora  | Evolução de Enfermagem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Assinatura |
|------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 26/05/2021 | 11:35 | Paciente admitido neste setor<br>centro cirúrgico preliminar<br>de sala residência com<br>acompanhado por mãe e irmã<br>para submeter-se a<br>procedimento cirúrgico em<br>Dr. Eduardo. Paciente con-<br>sente, orientado, em O <sup>2</sup> ambien-<br>te, verbalizando, demonstrando<br>SIC, Neg. DM, HAS e aler-<br>gia medicamentosa, peque-<br>na em leito aguardando pro-<br>cedimento. |            |
|            |       | Paciente encaminhado para SO<br>- pelo paciente em SO para<br>cirurgia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |
|            | 13:30 | início do bloqueio anestésico<br>geral + intubação com R <sup>2</sup><br>colocar o membro meridiano<br>do.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |
|            | 13:45 | início do procedimento cirúrgico<br>com o Eduardo, Dr. Au-<br>lênio realizado dissecação<br>em local cirúrgico.                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |
|            | 15:00 | termino do procedimento<br>cirúrgico sem intercorrências<br>o membro com curativo<br>limpo em F.O.                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |
|            | 15:15 | encaminhamento paciente para<br>SO para cuidados de enfer.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |
| 26/05/2021 | 15:20 | RECEBO PACIENTE em CC<br>PÓS-CIRÚRGICO COM CURATI-<br>VO EM F.O. SONO LENTO FRA<br>EN LEITO COM MÁSCARA                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
CNPJ: 35.850.324/0001-50  
MOSSORÓ/RN

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

1227571 - 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

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: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEICO. EM AA, ACANÓTICO, ANICTÉRICO, COM PERUSÃO 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 SATISFATORIA, AVP VIABILIZANDO HV + TM. FERIDA OPERATÓRIA COM CURATIVO LIMPO E SECO, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUER 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

Clinica: 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 <sub>2</sub> : 0, Fi. O <sub>2</sub> : 0, Ventilação: , Decúbito: ADMINISTRADO DIPIRONA 1G + ABD + CEFALOTINA + ABD.IV.CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. | ALDENIRA | <br>Aldenira de Fátima Alves<br>Téc. Enfermagem<br>COREN - RN 513102 |
| 4:00 | Pa.: 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 SFO 9% 500ML, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.                      | ALDENIRA | <br>Aldenira de Fátima Alves<br>Téc. Enfermagem<br>COREN - RN 513102 |
| 6:00 | Pa.: 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 | <br>Aldenira de Fátima Alves<br>Téc. Enfermagem<br>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 <sub>2</sub> : 0, Fi. O <sub>2</sub> : 0, Ventilação: , Decúbito: RECEBERO PACIENTE , POS ORTOPEDICO DE CLAVICULA, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO EM O2 AMBIENTE VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, ACEITA DIETA VIA ORAL, COM ACESSO AVP VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO VEINOSA + TERAPIA MEDICAMENTOSA. AOS EXAMES: AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDIO E EUPNEICO. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. SEGUIE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO. INICIADO ETAPA SFO 9% 500ML, ADMINISTRADO DIPIRONA 1G + ABD.IV + CEFALOTINA 1G + ABD.IV.CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. | ALDENIRA | <br>Aldenira de Fátima Alves<br>Téc. Enfermagem<br>COREN - RN 513102 |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
CNPJ: 35.650.324/0001-60  
MOSSORÓ/RN

## 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: 201-02

27/05/2020

Hora PA Temp FC FR 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 AMBIENTE ACEITANDO DIETA VIA ORAL. AOS SSVV: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEÚICO, EM AA, ACIANÓTICO, ANCTÉRICO, COM PEREUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESITVAIS 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. | JENIMA<br>MEDEIROS DE<br>PAULA<br>(ENFERMEIRANDA) | <br>Livia Karina Freitas da Silva<br>ENFERMEIRA<br>COREN-RN 743.343 |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Tel.: (84) 3318-9000

HOSPITAL  
WILSON ROSADO

Page 1 of 1

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

127511 - 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 CIRURGICA Leito: 201-02

27/05/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |                                                                   |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 08:00:00 | RECEBO PACIENTE PÓS CIRURGIA ORTOPEDIA, 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<br>Téc. Enfermagem<br>COREN-RN 730779 |
| 12:00:00 | ADMINISTRADO 1 AMP DE DIPIRONA+ABD IV, 1 FRASCO DE CEPALOTINA+ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: 150/90 TAX: 36,50R F.C.: 71 F.R.: 21 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 96 FI O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito:                                                                                                                                                                                  | JOELMA KARLA DUARTE MARINHO | Joelma Karla Duarte Marinho<br>Téc. Enfermagem<br>COREN-RN 730779 |



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Tel.: (84) 3312-9000

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

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 203-02

27/05/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |                                                                                                                                                              |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08:00:00 | 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, DIURSESE 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 | <br>Joelma Karla Duarte Marinho<br>Téc. Enfermagem<br>COLENE - RN 7360779 |
| 12:00:00 | ADMINISTRADO 1 AMP DE DIPIRONA+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 <sub>2</sub> : 96 Fí O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito:                                                                                                                                                                                    | JOELMA KARLA DUARTE MARINHO | <br>Joelma Karla Duarte Marinho<br>Téc. Enfermagem<br>COLENE - RN 7360779 |
| 12:20:00 | PACIENTE RECEBE VISITA MÉDICA, RETIRADO AVP, SAÍ 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 <sub>2</sub> : 0 Fí O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito:                                                                                                                | JOELMA KARLA DUARTE MARINHO | <br>Joelma Karla Duarte Marinho<br>Téc. Enfermagem<br>COLENE - RN 7360779 |



1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7  
 8  
 9  
 10  
 11  
 12  
 13  
 14  
 15  
 16  
 17  
 18  
 19  
 20  
 21  
 22  
 23  
 24  
 25  
 26  
 27  
 28  
 29  
 30  
 31  
 32  
 33  
 34  
 35  
 36  
 37  
 38  
 39  
 40  
 41  
 42  
 43  
 44  
 45  
 46  
 47  
 48  
 49  
 50  
 51  
 52  
 53  
 54  
 55  
 56  
 57  
 58  
 59  
 60  
 61  
 62  
 63  
 64  
 65  
 66  
 67  
 68  
 69  
 70  
 71  
 72  
 73  
 74  
 75  
 76  
 77  
 78  
 79  
 80  
 81  
 82  
 83  
 84  
 85  
 86  
 87  
 88  
 89  
 90  
 91  
 92  
 93  
 94  
 95  
 96  
 97  
 98  
 99  
 100  
 101  
 102  
 103  
 104  
 105  
 106  
 107  
 108  
 109  
 110  
 111  
 112  
 113  
 114  
 115  
 116  
 117  
 118  
 119  
 120  
 121  
 122  
 123  
 124  
 125  
 126  
 127  
 128  
 129  
 130  
 131  
 132  
 133  
 134  
 135  
 136  
 137  
 138  
 139  
 140  
 141  
 142  
 143  
 144  
 145  
 146  
 147  
 148  
 149  
 150  
 151  
 152  
 153  
 154  
 155  
 156  
 157  
 158  
 159  
 160  
 161  
 162  
 163  
 164  
 165  
 166  
 167  
 168  
 169  
 170  
 171  
 172  
 173  
 174  
 175  
 176  
 177  
 178  
 179  
 180  
 181  
 182  
 183  
 184  
 185  
 186  
 187  
 188  
 189  
 190  
 191  
 192  
 193  
 194  
 195  
 196  
 197  
 198  
 199  
 200  
 201  
 202  
 203  
 204  
 205  
 206  
 207  
 208  
 209  
 210  
 211  
 212  
 213  
 214  
 215  
 216  
 217  
 218  
 219  
 220  
 221  
 222  
 223  
 224  
 225  
 226  
 227  
 228  
 229  
 230  
 231  
 232  
 233  
 234  
 235  
 236  
 237  
 238  
 239  
 240  
 241  
 242  
 243  
 244  
 245  
 246  
 247  
 248  
 249  
 250  
 251  
 252  
 253  
 254  
 255  
 256  
 257  
 258  
 259  
 260  
 261  
 262  
 263  
 264  
 265  
 266  
 267  
 268  
 269  
 270  
 271  
 272  
 273  
 274  
 275  
 276  
 277  
 278  
 279  
 280  
 281  
 282  
 283  
 284  
 285  
 286  
 287  
 288  
 289  
 290  
 291  
 292  
 293  
 294  
 295  
 296  
 297  
 298  
 299  
 300  
 301  
 302  
 303  
 304  
 305  
 306  
 307  
 308  
 309  
 310  
 311  
 312  
 313  
 314  
 315  
 316  
 317  
 318  
 319  
 320  
 321  
 322  
 323  
 324  
 325  
 326  
 327  
 328  
 329  
 330  
 331  
 332  
 333  
 334  
 335  
 336  
 337  
 338  
 339  
 340  
 341  
 342  
 343  
 344  
 345  
 346  
 347  
 348  
 349  
 350  
 351  
 352  
 353  
 354  
 355  
 356  
 357  
 358  
 359  
 360  
 361  
 362  
 363  
 364  
 365  
 366  
 367  
 368  
 369  
 370  
 371  
 372  
 373  
 374  
 375  
 376  
 377  
 378  
 379  
 380  
 381  
 382  
 383  
 384  
 385  
 386  
 387  
 388  
 389  
 390  
 391  
 392  
 393  
 394  
 395  
 396  
 397  
 398  
 399  
 400  
 401  
 402  
 403  
 404  
 405  
 406  
 407  
 408  
 409  
 410  
 411  
 412  
 413  
 414  
 415  
 416  
 417  
 418  
 419  
 420  
 421  
 422  
 423  
 424  
 425  
 426  
 427  
 428  
 429  
 430  
 431  
 432  
 433  
 434  
 435  
 436  
 437  
 438  
 439  
 440  
 441  
 442  
 443  
 444  
 445  
 446  
 447  
 448  
 449  
 450  
 451  
 452  
 453  
 454  
 455  
 456  
 457  
 458  
 459  
 460  
 461  
 462  
 463  
 464  
 465  
 466  
 467  
 468  
 469  
 470  
 471  
 472  
 473  
 474  
 475  
 476  
 477  
 478  
 479  
 480  
 481  
 482  
 483  
 484  
 485  
 486  
 487  
 488  
 489  
 490  
 491  
 492  
 493  
 494  
 495  
 496  
 497  
 498  
 499  
 500  
 501  
 502  
 503  
 504  
 505  
 506  
 507  
 508  
 509  
 510  
 511  
 512  
 513  
 514  
 515  
 516  
 517  
 518  
 519  
 520  
 521  
 522  
 523  
 524  
 525

|          |      |        |
|----------|------|--------|
| Clínica: | Enf: | Leito: |
|----------|------|--------|

### Cuidados Especiais

© 2011 Pearson Education, Inc.

•



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

NOME  
PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

SOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE  
1329227 ITEP RN

CPF 877.270.214-15 DATA NASCIMENTO 08/08/1972

ENDEREÇO  
FRANCISCO DAS CHAGAS  
NORONHA  
LUZIA MARIA ALVES DE  
CASTRO

PERMISSÃO ACC CATHAR 272

1º REGISTRO 01493250633 VALIDADE 01/12/2021 1ª HABITAÇÃO 08/09/1994

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1290387313

OBSERVAÇÕES  
A:

Assinatura do Emissor

LOCAL MOSSORO, RN DATA EMISSÃO 08/12/2016

99416102055  
RN702520714

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO

PROJETO PLASTIFICAR  
1290387313



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**CARLOS EDUARDO ESTEVAN DE LIMA**

002948766-999 RN

CPF: 001.692.584-08 DATA NASCIMENTO: 01/06/1992

FILIAÇÃO: ALZENIR ESTEVAN DE LIMA

REGISTRO: 05302630125 VALIDADE: 02/12/2024 HABILITAÇÃO: 14/09/2011

OBSERVAÇÕES: KAR

*Carlos Eduardo E. de Lima*

LOCAL: MOSSORO, RN DATA EMISSÃO: 04/12/2019

51526446012  
RN706841811

RIO GRANDE DO NORTE

VALIDAR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1929548776

PROIBIDO PLASTIFICAR 1929548776





|                                                                                                                                                                                                     |  |                                |  |                      |  |                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|
| SEU CERTIFICADO DE ANUIDADE DO SEGURO POR VEÍCULO DE<br>AUTOMÓVEIS DE MOTO E ESTEREOCICLO, UNICAR, EXPEDIENTE Nº<br>TRANSITO/2007/00000000000000000000 DPVAT                                        |  |                                |  |                      |  |                       |  |
| <b>RN Nº 01252EB31554B</b>                                                                                                                                                                          |  | <b>BILHETE DE SEGURO DPVAT</b> |  |                      |  |                       |  |
| <p><b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b></p> <p><b>www.dpvatseguro.com.br</b></p> <p><b>SAC DPVAT 0800 022 1264</b></p> |  |                                |  |                      |  |                       |  |
| VENA                                                                                                                                                                                                |  | DATA DE EMISSÃO                |  | EXERCÍCIO            |  | DATA FIM DO EXERCÍCIO |  |
| 2016                                                                                                                                                                                                |  | 19/04/2016                     |  | 2016                 |  | 19/04/2016            |  |
| PLACA                                                                                                                                                                                               |  | NOME DO SEGURADO               |  | RUA / N°             |  | CIDADE / UF           |  |
|                                                                                                                                                                                                     |  |                                |  |                      |  |                       |  |
| RENDA MÉDIA                                                                                                                                                                                         |  | VALOR DO PRÊMIO                |  | VALOR DO JUROS       |  | VALOR DO TÁRGEM       |  |
| R\$ 432,40 - 97                                                                                                                                                                                     |  | R\$ 432,40 - 97                |  | R\$ 432,40 - 97      |  | R\$ 432,40 - 97       |  |
| ANOS PAGOS                                                                                                                                                                                          |  | QUANTIDADE DE ANOS             |  | VALOR DO JUROS       |  | VALOR DO TÁRGEM       |  |
| 2016                                                                                                                                                                                                |  | 9                              |  | R\$ 432,40 - 97      |  | R\$ 432,40 - 97       |  |
| PREMIO TARIFARIO                                                                                                                                                                                    |  | DENOMINACAO                    |  | CUSTO DO SEGURO (RS) |  | CUSTO DO SEGURO (RS)  |  |
| R\$ 432,40 - 97                                                                                                                                                                                     |  | R\$ 432,40 - 97                |  | R\$ 432,40 - 97      |  | R\$ 432,40 - 97       |  |
| CUSTO DO BILHETE (RS)                                                                                                                                                                               |  | COTIZACAO                      |  | CUSTO DO SEGURO (RS) |  | CUSTO DO SEGURO (RS)  |  |
| R\$ 432,40 - 97                                                                                                                                                                                     |  | R\$ 432,40 - 97                |  | R\$ 432,40 - 97      |  | R\$ 432,40 - 97       |  |
| COTA ÚNICA                                                                                                                                                                                          |  | PARCELADO                      |  | DATA DE CANCELAMENTO |  | DATA DE CANCELAMENTO  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/>       |  |                      |  |                       |  |
| <p align="center"><b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b></p> <p align="right">CNPJ nº 02.248.508/0001-00<br/>www.seguradora lider.com.br</p>                                                               |  |                                |  |                      |  |                       |  |

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Carlos Eduardo Estiven de Lenc, brasileiro(a),  
estado civil: Solteiro, Profissão: Reuso, 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: Vito Pereira nº 3351  
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 Lenc  
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](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

