
Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200336808

Vítima: GILBERTO FELIX BARBOSA

Data do Acidente: 10/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AURICEA MELO BEZERRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILBERTO FELIX BARBOSA

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, 08 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200336808

Vítima: GILBERTO FELIX BARBOSA

Data do Acidente: 10/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AURICEA MELO BEZERRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILBERTO FELIX BARBOSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GILBERTO FELIX BARBOSA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000759

Conta: 000009377-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200336808

Vítima: GILBERTO FELIX BARBOSA

Data do Acidente: 10/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AURICEA MELO BEZERRA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILBERTO FELIX BARBOSA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 20/10/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 619-742-344-87 3 - CPF da vítima: 619-742-344-87 4 - Nome completo da vítima: Gilberto Felix Barbosa

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

5 - Nome completo: Gilberto Felix Barbosa 6 - CPF: 619-742-344-87
7 - Profissão: Mecânico 8 - Endereço: R- Nossa Sra. de Fátima 9 - Número: 421 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Delmira 12 - Cidade: Morrão 13 - Estado: 14 - CEP: 59.614-600
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\$1.000,00 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: CONTA: AGÊNCIA: 0759 CONTA: 9377 2

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ 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 (vai 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 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Morrão 19-09-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00053291/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/09/2020 09:16:22 Data/Hora Fim: 14/09/2020 09:16:21
 Origem:
 Delegado de Polícia: Carlos Alberto Gonçalves Brandão Júnior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 2º Distrito Policial de Parnamirim

Data/Hora do Fato: 10/05/2020 16:00 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Parnamirim (RN)

Bairro: Nova Parnamirim

Logradouro: AVENIDA AIRTON SENA

Nº: SN

Ponto de Referência: CRUZAMENTO COM A AVENIDA ABEL CABRAL

Tipo do Local: Zona Urbana

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Nome Civil: GILBERTO FELIX BARBOSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 06/03/1969

Idade: 51

Profissão: Motorista

Estado Civil: Sem Informação

Naturalidade: João Câmara - RN

Nome da Mãe: MARIA OLINDINA FELIX

Nome do Pai: PEDRO BARBOSA

Documento(s)

RG: 1062513

CPF: 619.742.344-87

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: R N Sra de Fátima

Nº: 421

Bairro: Santa Delmira

CEP: 59.614-600

Telefone: (84) 99626-4999 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Ciclomotor
Descrição MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 100.548.244-60
Placa NNY7632	Renavam 00308116070
Número do Motor KC16E7B357206	Número do Chassi 9C2KC1670BR357206
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Cor PRETA
UF Veículo RN	Município Veículo Macaíba





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00053291/2020-A01

Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI

Veículo Adulterado? Não

Situação Melo Empregado, Envolvido

Última Atualização Denatran 28/05/2020

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
GILBERTO FELIX BARBOSA	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DP NA DATA DE HOJE E INFORMOU QUE EM DATA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA NNY 7632 E AO PASSAR NO SEMÁFORO, FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO DE DADOS NÃO IDENTIFICADOS; QUE COM O IMPACTO DA BATIDA FOI ARREMESSADO AO SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDO PELO SAMU(329876/1) E CONDUZIDO AO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL CLÓVIS SARINHO EM NATAL/RN(BAU 21509/2020), TENDO SIDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO OMBRO ESQUERDO E TORNOZELO ESQUERDO; DEPOIS, NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

Rodeval Francisco de Sales
 Agente de Polícia
 Matrícula 194.344-8
 Responsável pelo Atendimento

GILBERTO FELIX BARBOSA
 Vítima, Comunicante

Cadastrado para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderá 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.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 619-742-344-87 3 - CPF da vítima: 619-742-344-87 4 - Nome completo da vítima: Gilberto Felix Barbosa

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

5 - Nome completo: Gilberto Felix Barbosa 6 - CPF: 619-742-344-87
7 - Profissão: Mecânico 8 - Endereço: R- Nossa Sra. de Fátima 9 - Número: 421 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Delmíria 12 - Cidade: Morrão 13 - Estado: 14 - CEP: 59.614-600
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\$1.000,00 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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica

AGÊNCIA: 0759 CONTA: 9377
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ 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 (vai 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 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Morrão 19-09-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILBERTO FELIX BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00759

CONTA: 000000009377-2

Nr. da Autenticação B0A1E6C0E87DE848

**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150. Baldo, Natal - RN. CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

AURICEA MELO BEZERRA

CPF: 626 068 674-91

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA 421
PROMORAR

SANTA DELMIRA/AREA URBANA
MOSSORO RN
59614-600

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
047376839	ÚNICA	26/08/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/08/2020	3000305140	580200

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0528801013	08/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
08/09/2020	25/09/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	106,80

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	138,0000000	0,36942853	50,98
Consumo Ativo(kWh)-TE	138,0000000	0,32128015	44,33
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,58
Multa por atraso-NF 045844836 - 27/07/20			2,15
Juros por atraso-NF 045844836 - 27/07/20			0,39
Atualização IGPM-NF 045844836 - 27/07/20			0,72
Compensação DMIC 08/20			-0,35

TOTAL DA FATURA

106,80

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2160842443	CAT	27/07/2020	6 593,00	26/08/2020	6 731,00	30	1,00000		138,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	kWh
AGO 20	138
JUL 20	163
JUN 20	139
MAI 20	132
ABR 20	158
MAR 20	138
FEB 20	145

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	95,31	18,00	17,16
PIS	95,31	0,65	0,62
COFINS	95,31	7,65	7,29

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	32,19	33,77%
Transmissão	4,41	4,83%
Distribuição (Cosern)	23,86	25,03%
Perdas de Energia	6,02	6,32%
Encargos Setoriais	5,08	5,33%
Tributos	23,75	24,92%
Total	95,31	100%

TAXAS APLICADAS

Consumo Ativo(kWh)
Consumo Ativo(kWh)

0,27733000
0,24117000

**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150. Baldo, Natal - RN. CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

AURICEA MELO BEZERRA

CPF: 626 068 674-91

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA 421
PROMORAR

SANTA DELMIRA/AREA URBANA
MOSSORO RN
59614-600

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
047376839	ÚNICA	26/08/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/08/2020	3000305140	580200

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0528801013	08/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
08/09/2020	25/09/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	106,80

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	138,0000000	0,36942853	50,98
Consumo Ativo(kWh)-TE	138,0000000	0,32128015	44,33
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,58
Multa por atraso-NF 045844836 - 27/07/20			2,15
Juros por atraso-NF 045844836 - 27/07/20			0,39
Atualização IGPM-NF 045844836 - 27/07/20			0,72
Compensação DMIC 08/20			-0,35

TOTAL DA FATURA

106,80

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2160842443	CAT	27/07/2020	6 593,00	26/08/2020	6 731,00	30	1,00000		138,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	kWh
AGO 20	138
JUL 20	163
JUN 20	139
MAI 20	132
ABR 20	158
MAR 20	138
FEB 20	145

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
ICMS	95,31	18,00	17,16
PIS	95,31	0,65	0,62
COFINS	95,31	7,65	7,29

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$	32,19	33,77%
Transmissão	R\$	4,41	4,83%
Distribuição (Cosern)	R\$	23,86	25,03%
Perdas de Energia	R\$	6,02	6,32%
Encargos Setoriais	R\$	5,08	5,33%
Tributos	R\$	23,75	24,92%
Total	R\$	95,31	100%

TAXAS APLICADAS

Consumo Ativo(kWh)
Consumo Ativo(kWh)

0,27733000
0,24117000

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 86 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, 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 Nº 9.613/98.Pelo exposto, eu Auricéia Melo BezerraInscrito (a) no CPF/CNPJ 626-068-674 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioAlberto Felix Barbosa Inscrito (a) no CPF sob o nº 619-742-344 / 87do sinistro de DPVAT cobertura Intervenção da Vítima Alberto Felix BarbosaInscrito (a) no CPF sob o nº 619-742-344 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:Declaro Profissão: X Renda: X 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 Nossa Sra de Fátima</u>	Número: <u>421</u>	Complemento:
Bairro: <u>Santa Delmira</u>	Cidade: <u>Wassourá</u>	Estado: <u>PA</u>
E-mail:	CEP: <u>69.614-600</u>	Tel.(DDD):

Local e Data: Wassourá 14-09-2020Auricéia Melo Bezerra
Assinatura do Declarante



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 21509 /2020

Admissão: 10/05/2020 17:36:26

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 173254 - GILBERTO FELIX BARBOSA (51 a 5 m 11 d)

Nascimento: 06/03/1969

Natural: NATAL BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 706705567994912

CPF: 61974234487

Prof:

Mãe: MARIA OLINDINA FELIX

Pai: PEDRO BARBOSA

Logradouro: SAO JOAO, 30

CEP: 59072410

Bairro: FELIPE CAMARÃO

Cidade: NATAL

Telefone: 84 987084605

Compl:

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 10/05/2020 17:33:33

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO CARRO COM DOR EM OMBRO ESQUERDO

Hora: _____

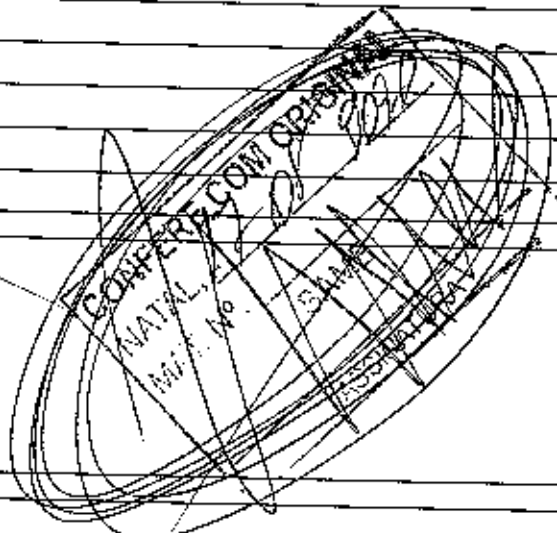
EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 10/05/2020 21:33:15 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID



BAA: 21509/2020

Paciente: GILBERTO FELIX BARBOSA

Data/Hora: 10/05/2020 21:01 Usuário: GUSTAVO MONTENEGRO SOARES Idade na data: 51 anos 2 meses 4 dias

Evolução:

fratura de uero proximal e tornozelo esq

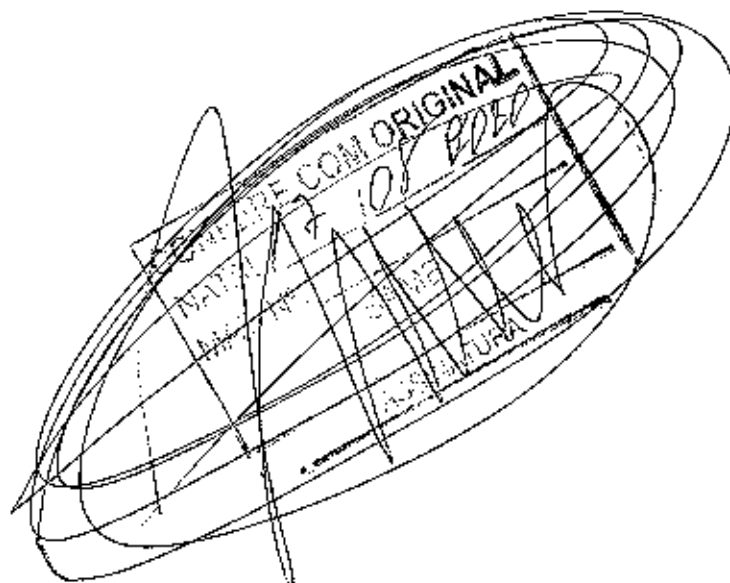
nega comorbidades

aps 12 hs averiguar edema em tnz

feito aih

GUSTAVO MONTENEGRO SOARES

CRM 5410 / RN



**Paciente:** 173254 - GILBERTO FELIX BARBOSA**BAA:** 4-21509/2020**Idade:** 51 ano(s) 5 mes(es) e 11 dia(s)**Prescrição Nº:** 1**Hospital / Unidade:** WG - POLITRAUMA**Convênio:** SUS/GRATUITO**Nr. Arquivo:****Peso:****Data Atendimento:** 10/05/2020 17:36**Início Validade:** 10/05/2020 21:01 até 11/05/2020 18:59**Sala:** POLITRAUMA**Médico Resp.:** 125-GUSTAVO MONTENEGRO SOARES**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

10/05/2020 21:01:40 - fratura de uero proximal e tornozelo esq
nega cormobidades
aps 12 hs averiguar edema em tnz
feio aih

PRESCRIÇÃO MÉDICA**NUTRIÇÃO**

1 - LIVRE

MEDICAMENTO

2 - DAPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML

Diluição: 18ml SF0,9%

3 - TRAMADOL 50MG/ML - 2ML

4 - RANITIDINA 25MG/ML - 2 ML

Diluição: 18ml SF0,9%

5 - ENOXAPARINA 40MG/0.4 ML SC

6 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML

S/N vômitos/na

CUIDADOS

7 - SSVV + CCGG

GUSTAVO MONTENEGRO SOARES

CRM-5410/RN

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL CNES: 2653923 Executante: O solicitante ou CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **173254 GILBERTO FELIX BARBOSA** Nascimento: 06/03/1969 Sexo: Masculino Pai: PEDRO BARBOSA Prontuário: 1196766 Cor: PARDA Fone: 987084605 / CEP: 59072-410 Município: NATAL Endereço: RUA SAO JOAO, 30 - FELIPE CAMARÃO - NATAL Código Municipal IBGE: 240810 UF: RN Laudo Nº 16963 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

alta aidente de carro-moto

dor em ombro e tnz esq

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

fratura e umro poximal esq

frra de tornozelo esq

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX+ TC

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.3 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA*408050543.TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBI/

Precisa de regulação ortopedica externa após tratamento inicial?

PILAO TIBIAL, FX:1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Faz Antibióticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Diabetes

Profissional Solicitante / Assinante:

GUSTAVO MONTENEGRO SOARES

CRM:

5410 / RN

Data da Solicitação 10/05/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

() Acidente de Trabalho Típico

() Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Empresa:

CNAE da Emp.:

CBOR:

CNPJ da Seguradora:

Nº do bilhete:

Série:

AUTORIZAÇÃO

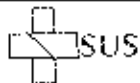
Número da Autorização:

Profissional Autorizador:

Órgão Emissor:

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:

ANEXO I

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
 Sistema Único de
Saúde Ministério da
Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - NOME DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - CID

13 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

14 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - CID

16 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

17 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

19 - CID - FONE MUNICIPAL

20 - UF

21 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Presença de dor intensa de caráter de urgência, apresentando-se dor em coluna lombar, quibros a TNZ. Encomendado do HME. Frequência de 4 vezes.

23 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Presença de dor intensa de caráter de urgência, apresentando-se dor em coluna lombar, quibros a TNZ. Encomendado do HME. Frequência de 4 vezes.

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

Presença de dor intensa de caráter de urgência, apresentando-se dor em coluna lombar, quibros a TNZ. Encomendado do HME. Frequência de 4 vezes.

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRIMÁRIO

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Presença de dor intensa de caráter de urgência, apresentando-se dor em coluna lombar, quibros a TNZ. Encomendado do HME. Frequência de 4 vezes.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

31 - CLÍNICA

32 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

33 - DOCUMENTO

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

35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

36 - CID

37 - DATA DA SOLICITAÇÃO

38 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - Nº DO BILHETE

42 - SÉRIE

43 - ACIDENTE TRABALHISTICO

44 - CNPJ EMPRESA

45 - CNPJ DA EMPRESA

46 - CÍDOR

47 - ACIDENTE TRABALHO TRAVEZ

48 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - CID - ORGÃO EMISSOR

51 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DATA

52 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)

HRDML / SESAP

CONFERIR ORIGINAL

Parnamirim-RN, 15/05/2013

15/05/2013



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL ESTADUAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



Paciente: 173254 GILBERTO FELIX BARBOSA

Nascimento: 06/03/1969 Idade: 51 ano(s) 5 mes(es) 1 Natural: RN NATAL

Sexo: Masculino

CNS: 706705567994912 CPF: 61974234487

Cor: PARDA

Prof:

Mãe: MARIA OLINDINA FELIX

Pai: PEDRO BARBOSA

Endereço: RUA SAO JOAO, 30 - FELIPE CAMARÃO - NATAL

Cidade: RN NATAL

CEP: 59072-410 Telefone: (84) 987084605

BOLETIM Nº: 21509/2020

Sala Inicial: POLITRAUMA

Triagem:

Admissão: 10/05/2020 17:36

Boletim: 10/05/2020 20:55

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Queixa:

Observação:

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente alega acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não Profissão e Empresa:

Notif. de viol. interpessoal/autoagressão: ☐ Sim ☐ Não

relata acidente de moto
dor e ombro esdq tnz sq

Alergia:

Medicação em uso:

EXAME FÍSICO

edema em tnz esq

Solicito exames :

Profissional: GUSTAVO MONTENEGRO SOARES

CRM: RN 5410

Saída: () Liberação Médica; () Revela; () Internação; () Óbito c/Declar; () Óbito SVO/ITEP; () Transferido para: _____

Data e Hora da Saída: __/__/2019 __:__

Médico:



PRESCRIÇÃO MÉDICA - TRAUMATOLOGIA

ORTOPEDIA I

LEITO 26

PACIENTE: GILBERTO FELIX BARBOSA · ID.: 51 ANOS

DATA: 30/05/20

AD.: 14/04/20

1	DIETA LAXATIVA	
2	CEFALOTINA 1G + ABD EV 6/6H	
3	DIAZEPAN 5 MG - 02 COMP VO À NOITE	
4	TRAMAL 50 MG - 01 AMP, EV, 8/8H	
5	DIPIRONA 1 AMP + ABD EV 6/6H	
6	ENOXAPARINA 40 MG - 01 AMP, SC, 1X/DIA	
7	OMEPRAZOL 40 MG - 01 COMP, VO, 1X/DIA PELA MANHÃ	
8	ÓLEO MINERAL 10 ML, VO, 3X/DIA	
9	MUDANÇA DE DECÚBITO DE 3/3H// CABECEIRA ELEVADA	
10	LIMPEZA DE ESCORIAÇÕES COM SF 0,9% 3X/DIA	
11	TRILATIL 40 MG - 01 AMP + ABD EV 1X/DIA	
12	CURATIVO DIÁRIO	
	SSVV CCGG	

EVOLUÇÃO: 28.05.20: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE UMERO PROXIMAL A ESQUERDA. AMARILHO COM FIOS DE ETHIBOND. OPTADO POR NÃO MEXER NA FRATURA DO COLO POIS A MESMA JÁ ESTAVA CONSOLIDADA. UTILIZADO PARAUSO 45 MM COMO POSTE.

CD: MANTER ATB POR 24 HORAS. ALTA NO SÁBADO COM ORIENTAÇÕES PARA ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE DR. STANISLAW NAS QUARTAS À TARDE

91 Antenor Mendes de Aguiar
Alta para alta

HRDML / SESAP
CONFERIDO ORIGINAL
Parnamirim - RN

Resolução 510/2018
Mar 2018

Quatator 040
a ventos e retons
a ventos e retons
vento pilsa
vento pilsa
vento pilsa



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

REGULAÇÃO
WALFREDO GURGEL

035

ENFERMARIA Nº		LEITO		PRONTUÁRIO 169513	
CATEGORIA	G.F.	DATA 20/05/20	HORA 8:48		
PACIENTE GILBERTO FELIX BARBOSA			DATA DE NASCIMENTO 05/03/1969		
ESTADO CIVIL CASADO		PROFISSÃO TAXISTA			
ENDEREÇO (Rua, Nº) R SAO JOAO 30					
MUNICÍPIO NATAL	BAIRRO FELIPE CAMARAO	UF RN	CEP 59072410		
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE		
FILIAÇÃO MARIA OLINDINA FELIX	PEDRO BARBOSA				
RESPONSÁVEL	TELEFONE 987084905				
ENDEREÇO 619742344-87					
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
DATA DE ADMISSÃO		ALTA 30/05/20		ÓBITO	
HISTÓRIA CLÍNICA					

HRDML / SESAP
CONFERE C/O ORIGINAL
Permanim-RN. 15/06/2018
hesilbr 27/03/18

02 -> Maria Olíndina Reliz
06 -> 706705567994912



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM/RN

981054K
C

RG 001.062.513

CPF 619.742.34487

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

23

Nº 01001008

NOME: Gilberto Felix Barbosa

IDADE: 06.03.1966 COR: pardo SEXO: M ESTADO CIVIL: casado

NATURALIDADE: RN Comunidade PROFISSÃO: Taxista PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Rua S. João N. 30

BAIRRO: Felipe Camarão

CIDADE: Natal

DATA: 14.05.2020

HORA: 8:36h

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐

REGULAR ☐

COM DISPNEIA ☐

CHOCADO ☐

COMATOSO ☐

C/HEMORRACIA ☐

EM CONVULSÃO ☐

POLITRAUMATIZADO ☐

AGITADO ☐

OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

TA

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Acidente com choque do
HMMG com fraturas de

EXAME FÍSICO

Arterial normal
e pulso distal

TC de crânio e T2

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

HRDML / SESAP

CONFERI C/O ORIGINAL

Parnamirim-RN

14/05/2020



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Nega sintoma global

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Gilberto Felix Barbosa Idade: 51 D/N: 06/03/1969
Pront.: 169.513 Município: Ilheus Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 28/05/2024 Hora Admissão: Bloco 13 30 Sala: 13 Hora Saída: 14:30 Peso: 75 kg
Alergias: ☒ Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras: Neg
Uso de medicações: ☒ Não () Sim Jejum: ☒ Não () Sim
SSW Admissão: PA: 110/70 mmHg Pulso: 72 bpm FL: 100 rpm FC: 72 bpm SpO₂: 98 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): Walquíria Instrumentador(a): Luzimar Circulante: Daniela
Cirurgia: Amputação por fratura do fêmur Especialidade: Ortopedia Sala: 13
Hora Início: 13:30 Hora Término: 14:30 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. José Carlos Residente: Dr. José Carlos

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: ☒ Bloqueio () Raquidiana Ag. nº 1 () Peridural () Cateter () Cateter
Ag. nº 1 Cateter nº 1 Início: 13:30 Garrote: 1 Smarch () Pneumático Início: 13:30 Término: 14:30
Anestesiologista: Dr. José Carlos

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
☒ Consciente	☒ Normocorada	☒ Normotenso	☒ Jelco	☒ ECG
☒ Letárgico	☒ Hipocorada	☒ Hipotensão	☒ Acesso V. Central	☒ Oximetria
☒ Coma	☒ Cianótica	☒ Hipertensão	☒ Cat. Diálise	☒ Capnógrafo
☒ Orientado	☒ Ictérica	☒ Hipotensão	☒ Fístula	☒ PA
☒ Desorientado	☒ Desidratada	☒ Normocárdico	☒ Arteriovenosa	☒ Estimul. Nervo
☒ Sedado	☒ Integra	☒ Bradicardia	☒ SNG	☒ Diprifusor
☒ Ansioso	☒ C/lesões	☒ Taquicardia	☒ SVD	☒ BIC
☒ Deambula	☒ Sudorese	☒ Choque	☒ Colostomia	☒ Desfibrilador
☒ T/ dificuldade	☒ Cicatriz cirúrgica	☒ Normoesfígnico	☒ Cistostomia	
☒ Acamado	☒ Higiene Satisfatória	☒ Eupnéia	☒ Dreno	
☒ Paraplégico	☒ Higiene deficiente	☒ Dispnéia	☒ Aparelho gessado	
☒ Tetraplégico	☒ Manchas	☒ Dispositivo O ₂	☒ Tração	
☒ Amputações	☒ S/Tricotomia		☒ Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.	POSICÃO	COXIM	MMSS
FC	<u>72</u>	<u>70</u>	<u>71</u>	Bpm	☒ Dorsal	☒ Cabeça	☒ Anatômicos
Pulso	<u>72</u>	<u>70</u>	<u>76</u>	Bpm	☒ Ventral	☒ Pescoço	☒ Abduzidos
Oximetria	<u>98%</u>	<u>96%</u>	<u>96%</u>	%	☒ Lateral	☒ Tórax	☒ Fletidos
Capnografia				%	☒ Litotômica	☒ Lombar	☒ MMII
PA	<u>110/70</u>	<u>110/70</u>	<u>110/70</u>	mmHg	☒ Trendelenburg		☒ Anatômicos

ACESSO VENOSO	TRICOTOMIA	PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
☒ Puncção Arterial	☒ Sim () Não	☒ Metal () Descartável
☒ Puncção Venosa Periférica	☒ Local: <u>MSE</u>	
☒ Puncção Venosa Central		
☒ Dissociação venosa		
Local: <u>MSE</u>		
Cateter:		

SONDAGEM GÁSTRICA	DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
☒ SNG nº <u>1</u>	☒ Sim () Não	☒ Sim () Não
Retorno:	Local: <u>MSE</u>	Solução: <u>Porvidor</u>
CATETERISMO VESICAL		
☒ SVF nº <u>1</u>		
☒ SVA nº <u>1</u>		
Diurese:		
Profissional responsável:		

EXAMES SOLICITADOS	IMPLANTE CIRÚRGICO	ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
☒ Hemograma	☒ Drenos:	Caixa cirúrgica: <u>Boxica 19,5</u>
☒ Coagulograma	☒ Tela:	Quant. Material:
☒ Tipagem Sanguínea	☒ Cateter:	Val: <u>28/06/20</u>
☒ Radioscopia (Rato X)	☒ Ostomia:	Contagem de gaze e compressa: ☒ Não () Sim
	☒ Fio de KC:	
	☒ Placa - Tipo:	
	☒ Outros: <u>Estetador 5,0</u>	



HOSPITAL REGIONAL DE CLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemucoconcentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Cefazolina 2g
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: *500* ml Quantidade total de volume administrado: _____
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml

ANATOMO PATOLÓGICO

☒ Não () Sim Peça: _____ Peça para sepultamento: ☒ Não () Sim
Swab para cultura: _____ Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () limpo () c/ exsudato () Contaminada () Aparição gessada () Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS: *Sem intercorrências, segue para o CRO*

Ass: *[Assinatura]* Coren: *341701*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: ☒ Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrica Destino após a cirurgia: *CRO*

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: *16:30h* Data: *23/05/2020* Nível de consciência: ☒ Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂: ☒ O₂ Ambiente
Mobilização MMII: ☒ Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMIS: () Normal ☒ Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: _____ Local: _____ Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG ☒ Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Boxigoma () Alteração PA () Alteração FC

Relate:

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Soro glicosado: _____ ml
Admissão	—	76	—	—	100%	—	Soro Fisiológico: _____ ml
30'	—	78	—	—	100%	—	Ringer: _____ ml
60'	—	76	—	—	98%	—	Irrigação vesical contínua: _____ ml
Alta	—	79	—	—	98%	—	

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da irrigação
					Recebido da SO			
					Desprezado URPA			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *Encaminhado ao novo x de controle*

Ass: *[Assinatura]* Coren: *[Assinatura]*

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

AUTORIZO ACOMPANHANTE

() SIM () NÃO

Médico

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL	☐ INTERNADO NO SERVIÇO DE	☐ REMOVIDO EM ____/____/____
HORA _____	HORA _____	HORA _____
PARA _____	PARA _____	PARA _____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA ☒	A REVELIA ☐
DATA ____/____/____	HORA _____	
ÓBITO ____/____/____	HORA _____	
ENTREGUE	A FAMÍLIA ☐	S.V.G. ☐
		I.T.E.P. ☐

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

Alberto Felix Barbosa

Data operação

Enf.

Legito

Operador

1º auxiliar

Sodson

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesieta

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

fratura humero proximal

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

Humero

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

A. nte durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

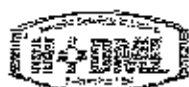
Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - víceras

- Codificação para sub-articulação
- Anestesia Antebraquial M50
- Campos estéril e seco artroscópicos
- Direções planas Identificação e amarração por pontos
- Ligamentos após redução por
- Colocação padlock como parte
- Novo ligamento
- Ligamento anterior com redução
- Ligamento posterior com 3/8
- Ligamento após fechamento por planos
- Reparo do CRP sob condutor anterior
- do CRP sob condutor da articulação

Stanislau Rolim
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-RN 6086 TEOT 14463

HRDML / SESAP

CONFERIR C/O ORIGINAL
PARNAMIRIM-RN15/07/2018
Hesilberto



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemoconcentrado Unid. () Plasma Unid. () Plaquetas Unid.
() Albumina Unid. () Expansor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: 18h h: 18h h: 18h
Vital bolus de analgésico

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: ml () Soro Ringer Simples: ml Quantidade total de volume
() Soro Glicosado: ml () Soro Ringer Lactato: 1 ml administrado: 1500 ml

ANATOMO PATOLÓGICO

() Não () Sim Peça: Peça para sepultamento: () Não () Sim
Swab para cultura: Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: X limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS: (1) Realizado aspiração e drenagem de líquido peritoneal. (2) Hidratação preparada e administrada pelo enfermeiro. (3) Realizado curativo com pele no pé e no operatório. (4) Realizado curativo de sonda, com auxílio da equipe. (5) Procedimento cirúrgico realizado sem intercorrências.

Ass: Kleia Coren: 107433

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: X Consciente () Inconsciente () Narcoze () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel NO ambiente Curativo: (X) Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro:
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: CAO

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 9:50 Data: 20/05/2020 Nível de consciência: () Acordado () Sonoento () Narcoze () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ NO Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: Local: Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique:
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: (X) Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG (X) Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC
Relate:

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		<u>66</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>98%</u>	
30'		<u>67</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>99%</u>	
60'		<u>66</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>100%</u>	
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: ml
Soro Fisiológico: ml
Ringer: ml
Irrigação vesical contínua: ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

Após drenagem paciente em estado melhorado a clínica ortopédica conduta curativa e orientado.

Ass: márcia Coren: 197112

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital					Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome					Idade	Sexo	Cor
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros	
Tipo sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia		
	Urina						
Ap. respiratório					Aama	Bronquite	
Ap. circulatório					Eletrocardiograma		
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário		
Estado mental			Atarefados	Corticoides	Alergia		Hipotensosores
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico		Risco
Anestésias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito		
Agentes Anestésicos							
Líquidos							
Oper							
Anest.							
Respi.							
Pulso							
200							
250							
240							
230							
220							
210							
200							
190							
180							
170							
160							
150							
140							
130							
120							
110							
100							
90							
80							
70							
60							
50							
40							
30							
20							
10							
SIMBOLOS							
m							
ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO							
Agentes							
Técnica							
Operação							
Cirurgiões							
Anestesiologistas							



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Guilberto Felix Barbosa Idade: 51a D/N: 06/03/1969
Pront.: 164513 Município: João Pinheiro Procedência: () Interno () Externo
Data da cirurgia: 20/05/2020 Admissão: Bloco: 08 Sala: 08 Hora Saída: 14:00 Peso: 70
Alergias: (X) Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras
Uso de medicações: (X) Não () Sim Jejum: () Não () Sim
SSVV Admissão: PA: 120x60 mmHg Pulso: 74 bpm FI: 74 rpm FC: 74 bpm SpO₂: 96 % F: 20 °C

Enfermeiro(a): Elza Velma Instrumentado(a): Fernanda L. Circulante: Klécia

Cirurgia: 4. en + de tornozelo (E) Especialidade: Ortopedia Sala: 01
Hora Início: 08:52 Hora Término: 09:45 Tipo de cirurgia: (X) Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. Carlos T. Aux.: Dr. Renato Residente: _____

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio (X) Raquidiana Ag. nº 26 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag. nº _____ Cateter nº: _____ Início: _____ Garrote: (X) Smarch () Pneumático Início: 08:40 Término: 09:40
Anestesiologista: Dr. Jackson

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
☒ Consciente	☒ Normocorada	☒ Normotenso	☒ Jelco (MSD)	☒ ECG
☐ Letárgico	☐ Hipocorada	☐ Hipotensão	☐ Acesso V. Central	☒ Oximetria
☐ Coma	☐ Cianótica	☐ Hipertensão	☐ Cat. Diálise	☐ Capnógrafo
☒ Orientado	☐ Ictérica	☒ Normocárdico	☐ Fístula	☒ PA
☐ Desorientado	☐ Desidratada	☐ Bradicardia	☐ Arteriovenosa	☐ Estimul. Nervo
☐ Sedado	☐ Integra	☐ Taquicardia	☐ SNG	☐ Dipefusor
☐ Ansioso	☒ C/lesões	☐ Choque	☐ SVD	☐ SIC
☐ Deambula	☐ Sudorese	☐ Normoesfígmico	☐ Colostomia	☐ Desfibrilador
☒ 1/dificuldade	☐ Cicatriz cirúrgica	☒ Eupnéia	☐ Cistostomia	
☐ Acamado	☐ Higiene Satisfatória	☐ Dispneia	☐ Dreno	
☐ Paraplégico	☐ Higiene deficiente	☐ Dispositivo O ₂	☐ Aparelho gessado	
☐ Tetraplégico	☐ Manchas		☐ Tração	
☐ Amputações	☐ S/Tricotomia		☐ Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	76	74	75	Bpm
Pulso	76	74	75	Bpm
Oximetria	96	97	97	%
Capnografia	-	-	-	%
PA	120x60	110x40	114x50	mmHg

ACESSO VENOSO
☒ Punção Arterial
☐ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central
☐ Dissecção venosa

Local: _____
Cateter: _____

SONDAGEM GÁSTRICA
☐ SNG nº <u>_____</u>
Retorno: <u>_____</u>

CATETERISMO VESICAL
☐ SVF nº <u>_____</u>
☐ SVA nº <u>_____</u>

Diurese: _____
Profissional responsável: _____

EXAMES SOLICITADOS:	
☐ Hemograma	☐ Gasometria
☐ Coagulograma	☐ Outros
☐ Tipagem Sanguínea	☐ Glicosimetria:
☒ Radioscopia (Raio X)	

POSICÃO	COXIM	MMSS
☒ Dorsal	☐ Cabeça	☐ Anatômicos
☐ Ventral	☐ Pescoço	☐ Abduzidos
☐ Lateral	☐ Tórax	☐ Fletidos
☐ Litotômica	☐ Lombar	☐ MMH
☐ Trendlemburg		☒ Anatômicos
☐ Canivete		☐ Abduzidos
☐ Proclive		☐ Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
☒ Sim () Não () Metal () Descartável
Local: <u>Região inguinal direita e/geral</u>
DEGRADAMENTO
☒ Sim () Não
Local: <u>MTE</u>
Solução: <u>Clor + Iodo</u>
Local: <u>MTE</u>

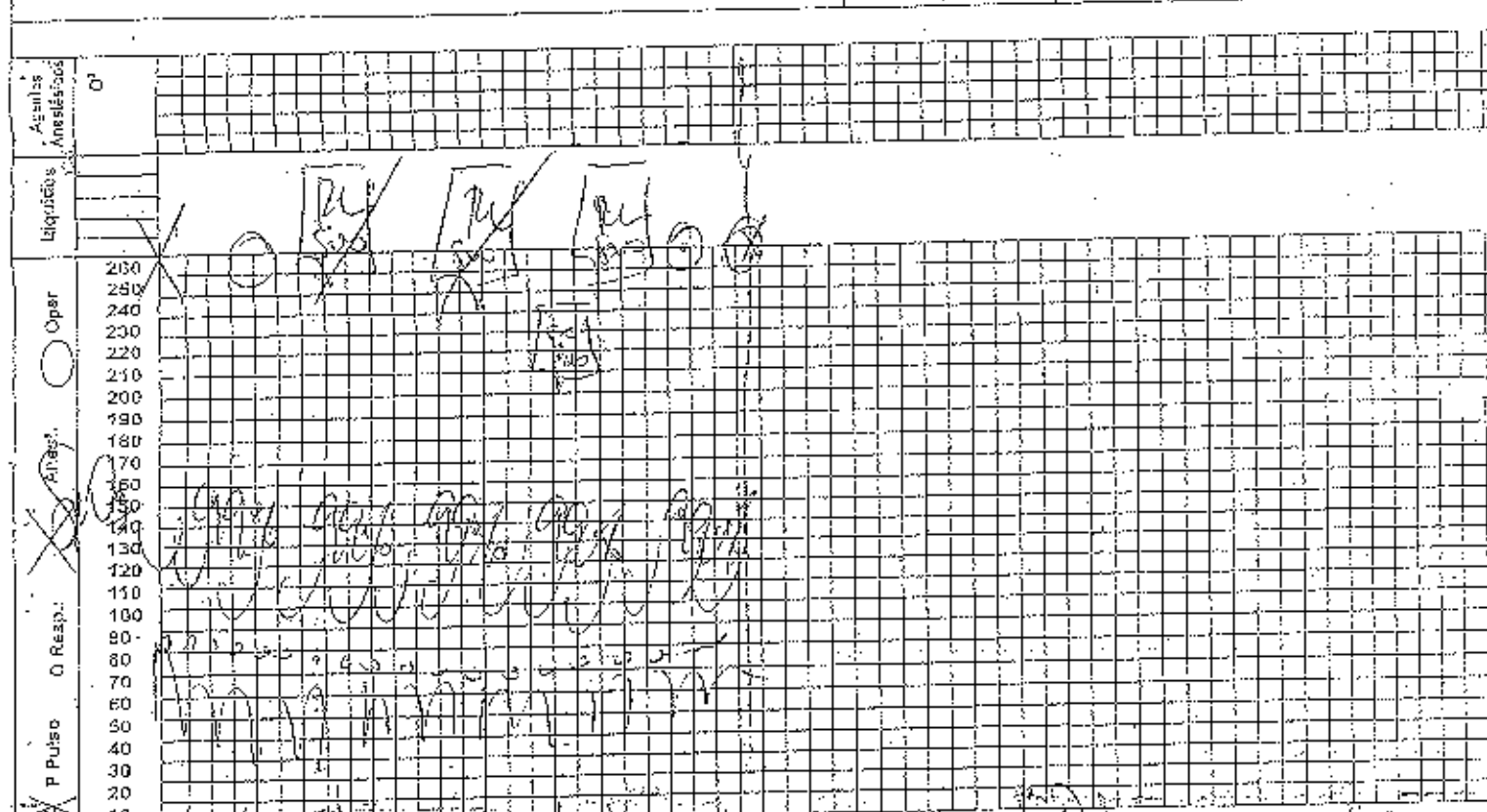
IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u>1 cateter 28</u>
Tela: <u>1 esponja 34</u>
Cateter: <u>1 esponja 16</u>
Ostomia: <u>1 cateter 36</u>
Fio de KC: <u>Parafuso - tipo: <u>_____</u></u>
Placa - Tipo: <u>Recombinação 06 pontos</u>
Outros: <u>_____</u>

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: 3x5 + Ras + Ras Quant. Material: Exatidão não
Val.: 14.05 Contagem de gaze e compressa: () Não (X) Sim

26.05
20.08

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome				Idade	Sexo	Car	
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros	
20/05/20					80kg		
Tipo sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia		
	Urina						
Ap. respiratório					Asma		Bronquite
Ap. circulatório					Eletroneurologia		
Ap. digestivo					Ap. urinário		
Estado mental					Alergia		Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico		Risco
Anestésias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito		



SÍMBOLOS	Wardham 5mg		Negative	Dipnosa 2g
ANOTAÇÕES	Induction 1mg		Percode = 20mg	
POSIÇÃO			Morphine = 10mg	
Agentes	Propofol + Fentanyl			
Técnica	Total Intravenous Anesthesia (TIVA)			
Operação	Laparoscopic cholecystectomy			
Cirurgião	Dr. Jackson			
Anestesiologista	Dr. Jackson			

Dr. Jackson Douglas A. Queiroz
CRM 14608 RQE-31189
Anestesiologista



PEDIDO DE PARECER

M 2 072
- não há
L-26
ortop. I

Unidade Solicitante: _____ Município: _____
Paciente: Gilberto Felix Barlow Prontuário: _____
Motivo da Consulta: _____

E.C.G.
RISCO CIRÚRGICO

Dr. Kleisson Bastos
Ortopedista
CRM 4451

CRM

14.05.20
Data

Encaminhado a especialidade: _____
Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____
Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia _____ / _____ / _____

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____
Paciente: Gilberto Felix Barlow, 51a Prontuário: _____

(Dados do atendimento, resultado de exames, condutas e sugestões) Pré-op. ortopedie (MTE)
Nega HAS/DM/ cardiopatia/ Asma/ Alergias. Ass-to vetes
ECG: sinusal s/ alterações. PD: normal. FC: 74bpm
De: RCR 27,5. Ab: MV @ 5/11. Abd flácida. Gt s/
doença. Hb: 13,0 Plac: 145000 em 0,7 Glic: 101. K+: 4,2
Pte CLASSE I - Baixo Risco

Diagnóstico: _____ CID: _____
15.05.20
Data

Médico

Dr. Kleisson Bastos
Ortopedista
CRM 4451

CRM

Retornar à clínica solicitante: _____ Unidade: _____
Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia _____ / _____ / _____

HRDML / SESAP
CONFERI C/O ORIGINAL
Ferreira, RN

15.05.20
Mat. 202538

Gilberto Felix Barbosa

31a

14/05/2020

13:35

HRDML / SESAP
CONFIRMACAO ORIGINAL
Parnaramim-RN

[Handwritten signature]



FELIX BARBOSA

Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente 20/05/2020

DR. CARLOS TIAGO / DR. RENATO

DR. JACKSON DOUGLAS

Data operação

Enf.

Leito

Operador

1º auxiliar

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

FRATURA MALEOLO MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO

Tipo de operação

FIXAÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DO TORNOZELO

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso: PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA empregado - aspecto - vícoras

1. ESVAZIAMENTO MIE + GARROTEAMENTO
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSE E CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO ANTEROMEDIAL, DISSECÇÃO POR PLANOS.
4. FIXAÇÃO DE FRATURA DO MALEOLO MEDIAL COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE FIOS COM 02 PARAFUSOS ESPONGIOSO-DISTAIS E 03 PARAFUSOS CORTICAIS PROXIMAIS AO FOCO.
5. LIMPEZA EXASTIVA COM SF 0,9 + SUTURA POR PLANOS
6. CURATIVO ESTÉRIL
7. RETIRADA DO GARROTE
8. BOA PERFUSÃO DISTAL
9. RPA
10. ATO SEM INTERCORRÊNCIAS

HROML/SESAP
CONFÉRCIO ORIGINAL
FARMACIA DA
HOSPITAL OCCLUDED M. L. ROCHAFELIX BARBOSA
20/05/2020

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Instituição: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 173254 GILBERTO FELIX BARBOSA

Prontuário:

NIS: 706705567994912

Nascimento: 06/03/1969

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA OLINDINA FELIX

Pai: PEDRO BARBOSA

Endereço: RUA SAO JOAO, 30 - FELIPE CAMARÃO - NATAL

Fone: 987084605 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

CEP: 59072-410

Especialidade de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 16963 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Acidente de carro-moto
Fratura no ombro e triiz esq

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Fratura no ombro proximal esq
Fratura do tornozelo esq

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

+ tc

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

2.3 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA*408050543. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL

Necessidade de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

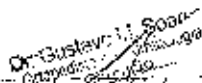
LAO TIBIAL, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

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

Profissional Solicitante / Assistente:

GUSTAVO MONTENEGRO SOARES



CRM: 5410 / RN

Data da Solicitação 10/05/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:
() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Empresa: CBOR:
() Acidente de Trabalho Trajeto

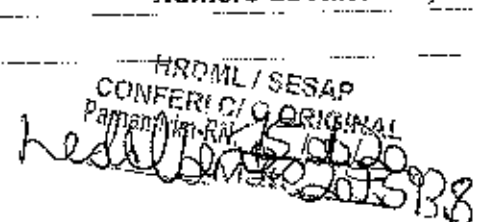
Inclusão com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Número da Autorização:

Data da Autorização: / / Assinatura/Carimbo:



HRDML / SESAP
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
Pamamirim - RN
10/05/2020

RECEITUÁRIO

h
p Gilberto Felix Barbosa
Lendo Médico

Aterto para os devidos fins que
o paciente supracitado tem histórico
de trauma automobilístico e sequelas
depressivas em ambas @ e Joelho
@. Limitação de movimento e dor
nas pernas. Cicatrizes locais com
retensão - faltar por tratamentos cirúrgicos.
Solicito Pênicilina.

Dr. Igo Winkler de Oliveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6429

CID: S82.3

S40.9

A23.3

A25.5

Mossoró 08/10/2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

Denise Melo Gomes

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

001.007.954

DATA DE
EXPEDIÇÃO

26/03/2015

NOME

AURICEA MELO BEZERRA

FILIAÇÃO

MANOEL BEZERRA DE OLIVEIRA
MARIA FLORENCIO DE MELO BEZERRA

NATURALIDADE

UPAEMA FM

DOC. ORIGEM

CERT. DE CAS-DIV-L-03-15-102 RS 341
UPAEMA FM-2 CARTEIRO

DATA DE NASCIMENTO

30/01/1966

CPF

626.066.674-91

Josebias Ferreira do Nascimento Junior
Coordenador de Identificação - IPR/RN

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME

GILBERTO FELIX BARBOSA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

1062513 ITEP RN

CPF

619.742.344-87

DATA NASCIMENTO

06/03/1969

FILIAÇÃO

PEDRO BARBOSA

MARIA OLINDINA FELIX

PERMISSÃO



ACC



CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

01709517185

VALIDADE

18/02/2025

1ª HABILITAÇÃO

05/09/1996

OBSERVAÇÕES

A

EAR

Gilberto Felix Barbosa

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

NATAL, RN

DATA EMISSÃO

05/03/2020

Jonielson Pereira de Oliveira
Diretor Geral - Detran RN

ASSINATURA DO EMISSOR

87065023572
RN707348390

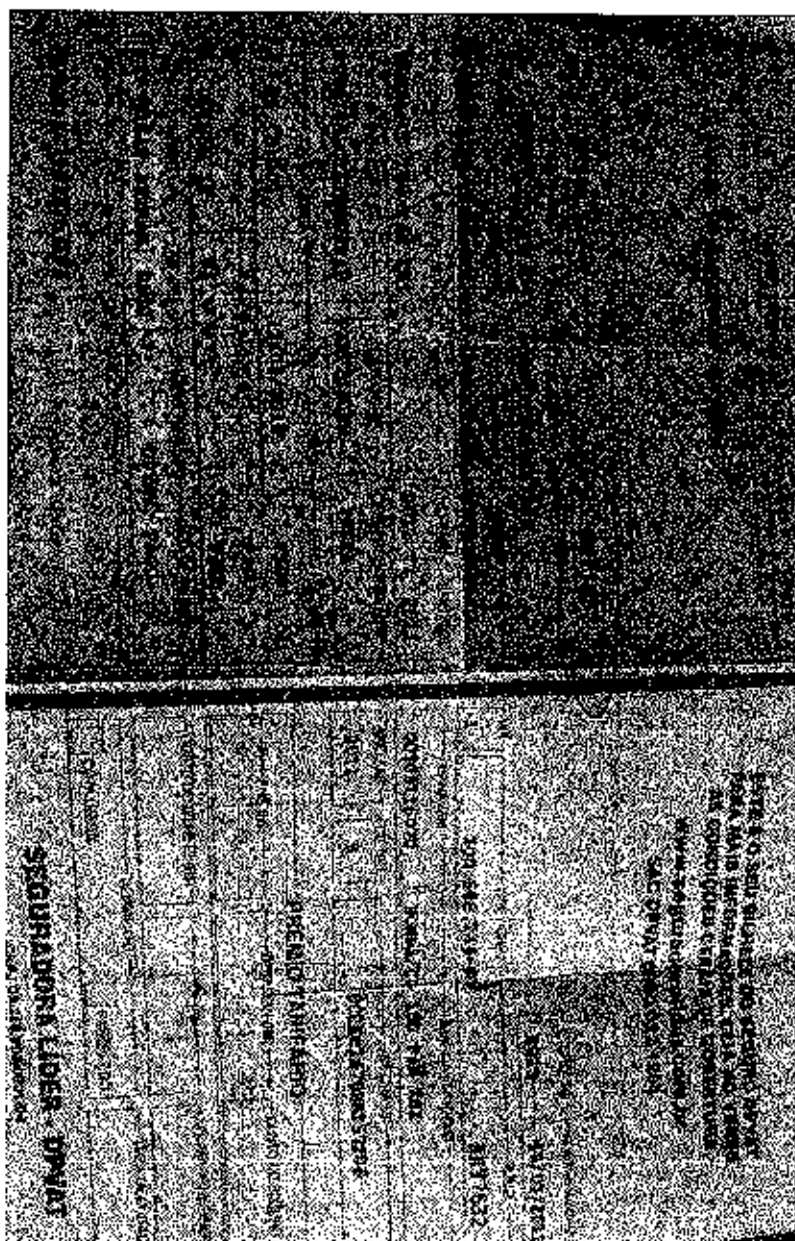
RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1933106780



PROIBIDO PLASTIFICAR
1933106780





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200336808 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO FELIX BARBOSA **Data do acidente:** 10/05/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.
P.5/7/10/13/14/16/20/22

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL:
MODERADO DE OMBRO ESQUERDO E MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200336808

Data da solicitação: 15/10/2020

Nome do beneficiário: Gilberto Felix Barbosa

CPF do beneficiário: 61974234487

Nome do solicitante: Gilberto Felix Barbosa

CPF do solicitante: 61974234487

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (84) 99955 5568

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: GILBERTO BARBOSA2024@GMAIL.COM

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros: ..

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DEVIDO AS SEQUELAS DEFINITIVAS, RELATADAS E COMPROVADAS NOS LAUDOS MEDICOS CASO JULGUEM NECESSARIO MARQUEM UMA PERICIA MEDICA PARA QUE EU SEJA EXAMINADO, EM MOSSORÓ-RN DESDE JÁ EU AGRADEÇO PELA ATENÇÃO

MOSSORÓ 15/10/2020

Gilberto Felix Barbosa

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200336808 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO FELIX BARBOSA **Data do acidente:** 10/05/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL:
MODERADO DE OMBRO ESQUERDO E MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.5/7/10/13/14/16/20/22_CIRURGIA.
REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE
AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200336808 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO FELIX BARBOSA **Data do acidente:** 10/05/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL:
MODERADO DE OMBRO ESQUERDO E MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.5/7/10/13/14/16/20/22_CIRURGIA.
REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE
AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200336808 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO FELIX BARBOSA **Data do acidente:** 10/05/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.
P.5/7/10/13/14/16/20/22

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL:
MODERADO DE OMBRO ESQUERDO E MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Gilberto Felix Barbosa, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Acervo, Data do Acidente 10-05-2020
Cobertura invalidez, portador(a) do RG 1062513, órgão expedidor
Itap e do CPF: 619-742-344-87 residente no(a)
R. Nogueira Sra de Fátima nº 421
bairro: Santa Delmira, município: Monoro, RN.

OUTORGADO:

Nome: Arneirio Melo Bezerra, brasileiro(a)
estado civil: Casado, Profissão: Acervo, portador(a) do RG
003.007-954, órgão expedidor SSP e do CPF: 626-068-674-91, residente
no(a) R. Nogueira Sra de Fátima nº 421
bairro: Santa Delmira, município: Monoro, 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.

Monoro 14-09-2020

Local e Data

Gilberto Felix Barbosa

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265623/20

Vítima: GILBERTO FELIX BARBOSA

CPF: 619.742.344-87

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILBERTO FELIX BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

AURICEA MELO BEZERRA : 626.068.674-91

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

GILBERTO FELIX BARBOSA : 619.742.344-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/09/2020
Nome: AURICEA MELO BEZERRA
CPF: 626.068.674-91

AURICEA MELO BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265623/20

Número do Sinistro: 3200336808

Vítima: GILBERTO FELIX BARBOSA

CPF: 619.742.344-87

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILBERTO FELIX BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 15/10/2020
Nome: AURICEA MELO BEZERRA
CPF: 626.068.674-91

AURICEA MELO BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA