



Número: **0801419-66.2021.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **27/01/2021**

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	
GENIVAN FERNANDES PIMENTA (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
65294 712	10/02/2021 08:06	2783746_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

RAZÃO DO CLIENTE: ALICE FREITAS DA SILVA
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA: R. A. S. E. D. JANEIRO, 633

CPF: 480.995.104-52
CLASSIFICAÇÃO: B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL - Residência



QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Ativo - kWh T.U.S.C.	24,43130000	0,36447327
Consumo Ativo - kWh T.E.	240,30000000	0,71881851
Consumo - Fáb. de Alumínio		15,11
Multa por atraso - NF 146551000 - 21/09/20		3,63
Multa por atraso - NF 146551000 - 21/09/20		1,38
Multa por atraso - NF 146551000 - 21/09/20		5,67

TOTAL A PAGAR: 191,06

Nº DO RECEBÓRIO	TIPUS DE FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	DATA ATUAL	VALOR ANTERIOR	VALOR ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ALISTE	CONSUMO (kWh)
21229876	001	21/09/20	10/10/20	22.990,00	25	1.0000			242,00

VALOR (R\$)	DESCRIÇÃO	VALOR DO PARCELAS	PERCENTUAL
191,06	TOTAL	191,06	100%
15,11	Consumo - Fáb. de Alumínio	15,11	7,9%
3,63	Multa por atraso - NF 146551000 - 21/09/20	3,63	1,9%
1,38	Multa por atraso - NF 146551000 - 21/09/20	1,38	0,7%
5,67	Multa por atraso - NF 146551000 - 21/09/20	5,67	2,9%
0,36	Consumo Ativo - kWh T.U.S.C.	0,36	0,2%
0,72	Consumo Ativo - kWh T.E.	0,72	0,4%
191,06	TOTAL	191,06	100%

Este boleto é emitido em nome do consumidor e não representa uma dívida com a Companhia Energética de São Paulo. O valor devido deve ser pago em até 10 dias úteis após a data de emissão do boleto. O não pagamento do boleto acarretará a suspensão do fornecimento de energia elétrica e a aplicação de multa por atraso. Para mais informações, consulte o site www.cosern.com.br.

ANEXO 1 - TABELA DE LIMITES DE TENSÃO

TIPO DE SERVIÇO	VALOR (V)	LIMITE INFERIOR (%)	LIMITE SUPERIOR (%)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
RESIDENCIAL	127	97	107	10
COMERCIAL	138	97	107	10
INDUSTRIAL	138	97	107	10

DATA DO CONTRATO: 11/03/2010
DATA DE VENCIMENTO: 26/11/2020
TOTAL A PAGAR (R\$): 191,06



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

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

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

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

Pelo exposto, eu Paulo Sérgio Costa de Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 987.270.119-19 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Francisco de Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.777.454-95 do sinistro de DPVAT cobertura veículo da Vítima Francisco Francisco de Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.777.184-95 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,

encarregado a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua 06 de Janeiro</u>		<u>1615</u>	<u>60015</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Santa Antônia</u>	<u>Mossoró</u>	<u>RN</u>	<u>59611-070</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>Paulo</u>		<u>(54) 91533106</u>	

Mossoró, 27 de Novembro de 2020

Local e Data

Paulo Sérgio Costa de Almeida
Assinatura do Declarante





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 13447 /2020

Admissão: 12/08/2020 12:48:21

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **64154 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA** (44 a 9 m 5 d)
 Nascimento: 07/11/1975 Natural: MOSSORO, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
 CNS: 702302148316913 CPF: 03277618498 Prof:
 Mãe: MARIA DE LOURDES PIMENTA Pai: EXPEDITO FERNANDES PIMENTA
 Logradouro: MARECHAL HERMES, 1083
 CEP: 59618670 Bairro: BOM JARDIM Cidade: MOSSORO
 Telefone: 84.94155171 Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO Tipo: REGULADO
 Origem: SAMU RN *Empresa:

OBS: VINDO COM SAMU						Classificação: 12/08/2020 12:41:43			PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS	

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: FRATURA DE PUNHO DIREITO EM COLISAO CARRO MOTO
 Dt e Hora: *12/08/2020 12:48:21*
NEGA SINTOMAS E DESCOMFORTO
AO EXAMENAR
 Dr. Raimundo Rosendo de Oliveira
 Cirurgião Geral e Vasculiar
 CRM 2834

Diagn. Inicial: Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
<i>Volante 75 (C) 100 R. 305</i>			
<i>Dr. Raimundo Rosendo de Oliveira</i> Cirurgião Geral e Vasculiar CRM 2834			
<i>Dr. Raimundo Rosendo de Oliveira</i> Cirurgião Geral e Vasculiar CRM 2834			
<i>HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA</i> DATA CONFORME ORIGINAL MOSSORO 12/08/2020			
<i>SAMS / ARQUIVO</i>			

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)
 CID Proc. Data: / /20. Hr: : Médico:
 Gerado via SX por JUREIDE DE BRITO ALMEIDA. Impresso em 12 de Agosto de 2020. (Assinar e Carimbar)



13.

1218(2020) Ortopedia

Dr. Luis E. C. Nascimento
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 446

Vizual de fratura de nível médio proximal
do 1.º fêmur + doforaço do pulso (P)
Exame neurovascular OK.
Pé com perfuração no dorso distal metatarsais
cuidado necessário do Hc. Exame elétrico +
reflexos aquilares (P)
Cef. - fratura parietal lateral do
fêmur e tórax anteroposterior
P/ Hc. Exame elétrico

14:50L

após redução bem sucedida fratura de nível
de fratura proximal com redução da fratura
20% internamente fratura de nível médio proximal
do fêmur de nível médio proximal

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM/RJ: 7409 REG 19889 ROSSA

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SABE MOSSORÓ 28/05/2020

BIA
SABE / ARQUIVO



Assinatura

R

Prontuário: 214527



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **GENIVAN FERNANDES PIMENTA** (Fia: 3682/2020), CPF:03277618498.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 12 de Agosto de 2020.

Paciente ou responsável

NUCLEO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGICA H.R.T.M.
DATA 12/08/20
[Assinatura]
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
NOTA CONFORME O ORIGINAL
DATA DE EMISSÃO 12/08/2020
[Assinatura]
SECRETARIA

CCIH - HRTM
DATA 21/08/20
[Assinatura]
Assinatura



SUS

NIR Sistema Plus Bloco de
Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar *RHN Digital*

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Executante: O solicitante ou

CNES: 2503689
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **64154 GENIVAN FERNANDES PIMENTA**
CNS: 702302148316913 Nascimento: 07/11/1975 Sexo: Masculino
Mãe: MARIA DE LOURDES PIMENTA Pai: EXPEDITO FERNANDES PIMENTA
Endereço: RUA MARECHAL HERMES, 1083 - BOM JARDIM - MOSSORO
Município: MOSSORO Código Municipal IBGE: 240800 UF: RN

Prontuário:
Cor: PARDA
Fone: 94155171 /
CEP: 59618-670

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo: 1052 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

motociclista vítima de acidente de trânsito com traumatismo de punho direito com dor e deformidade local

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

necessita tratamento cirurgico

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

anamnese, exame fisico, radiografias

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO*408020431. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UN

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 7439 - R.O. 10011008/2020

Profissional Solicitante / Assistente:

LEANDRO MAGNO COSTA FREIRE

CRM: 7439 / RN

Data da Solicitação 12/08/2020

PREENCHER EM CASOS DE CASOS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____
Documento: () CNS () CPF nº _____
Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

Nº Autorização da AIH: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME ORIGINAL
SANE MOSSORO 28.10.2020
Silva
BRASIL - PARANÁ

NUCLEO INTERNO DE REG.
NIR / HRTM
AIH INCLUSA NO S





MINISTÉRIO DA SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

FOLHA 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____
 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____ 4 - CNES _____
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

6 - NOME DO PACIENTE _____ 6 - N° DO PROFISSIONÁRIO _____
Leandro van Moura dos Santos
 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 5 - DATA DE NASCIMENTO _____ 8 - SEXO _____ 10 - RAÇA/DOR _____
 MASC FEM
 11 - NOME DA MÃE _____ DDD _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO _____
 13 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ DDD _____ 14 - TELEFONE DE CONTATO _____
 15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) _____
 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____ 18 - UF _____ 19 - CEP _____

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR _____ 22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR _____
 23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA _____ 24 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA _____
 25 - DIAGNÓSTICO INICIAL _____ 26 - CID 10 PRINCIPAL _____ 27 - CID 10 SECUNDÁRIO _____ 28 - CID 10 CUBAS ASSOCIADAS _____

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 30 - Cód. DO PROCEDIMENTO - PRINCIPAL _____
 31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DIÁRIA DE UTI TIPO I DIÁRIA DE UTI TIPO II DIÁRIA DE UTI TIPO III
 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 34 - QTD. _____
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 37 - QTD. _____
EXAME DE LABORATÓRIO
 38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 40 - QTD. _____
SAME T. ANATOMIA

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Costa aumentada e se com fratura de osso do cotovelo
 Dr. Leandro Freitas
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia do Joelho
 CRM/RN 7439 - COT 1608 RGE 37

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 43 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____
 44 - DOCUMENTO _____ 45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 46 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) _____
 (CNS) (CPF) *01428613-1-11041815*

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 48 - CATEGORIA EMBOR _____ 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____
 50 - DOCUMENTO _____ 51 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) _____
 (CNS) (CPF)





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Leandro Fernandes Romão Reg Nº 24156

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de 1/2 distal do fêmur direito
Indicação terapêutica: Craniotomia com fixador externo de
Colles.

INTERVENÇÃO

Início: 16:00h Fim: 16:00h Duração: 01:00h
Operador: Dr. Leandro Freire
1º Auxiliar: Dr. Lúcio Romão
2º Auxiliar: _____
3º Auxiliar: _____
Instrumentador: _____
Anestesista: Dr. João Paulo

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 15/08/2020
B.M.
SAME - ARQUIVO

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

- Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada
- 1) Dependente sob anestesia em decúbito dorsal
- 2) Antissepsia e garrote femoral de m.d.A.
- 3) Realização da incisão sob escopo de
torção no crânio.
- 4) Reduções e com fixador externo de
Colles
- 5) curativos
- 6) 2 enfermeiros

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Rua João Inácio
CRM/RN 1732-1/2011-1008-RQE 3711



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

CHECK LIST DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA EM
SALA OPERATÓRIA

Data: 12/08/2021 Hora: _____ Paciente: Genilson Fernando Pinato Idade: 44

CHECAGEM PRÉ-INDUÇÃO ANESTÉSICA

<p>Checar:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Pulseira de identificação confrontando com o nome Do paciente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Procedimento Cirúrgico e anestésico devidamente Preenchido</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado</p> <p>Lateralidade:</p> <p><input type="checkbox"/> Sítio Demarcado <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Alergia conhecida?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>Exames relacionados (Laboratoriais, imagens, outros)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Há risco de perda sanguínea? (Superior a 500ml)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, acesso venoso adequado e planejamento de fluidos com reserva disponível.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p>	<p>Materiais de vias aéreas disponíveis?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Laringoscópio <input type="checkbox"/> Baraka <input type="checkbox"/> Aspirador</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Monitor/oxímetro de pulso funcionando</p> <p>Via aérea difícil?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Equipamento VAD disponível</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>Equipamento Anestésico funcionante?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Disponível na sala operatória os instrumentais necessários para o procedimento?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Disponível na sala operatória os OPME'S Necessários?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Equipamentos disponíveis para o procedimento checado?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
--	--

CHECAGEM PRÉ-INCISÃO CIRÚRGICA

CHECAGEM PÓS-CIRÚRGICA

<p>Todos os profissionais da equipe confirmaram seus nomes e profissões verbalmente?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Todos os profissionais confirmam verbalmente:</p> <p>*A identificação do paciente;</p> <p>*Local da cirurgia a ser feita;</p> <p>*Procedimento a ser realizado.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Placa de bisturi posicionada adequadamente?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Posicionamento correto e com proteções?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Antibiótico profilático nos últimos 60min.?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Checado esterilização (instrumentais e implantes) com Todos os integradores disponíveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Cirurgião: <u>Dr. Wander</u></p> <p>Auxiliar: <u>Dr. João Fernando</u></p> <p>Instrumentador: _____</p> <p>Circulante: <u>Deborah Vanessa</u></p>	<p>Realizado contagem de compressas, gazes e agulhas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Realizado contagem dos instrumentais?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Peça cirúrgica para anatomopatológico?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, identificado peça. <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>Conservado peça?</p> <p><input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Gelo</p> <p>Especificado peça no prontuário?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Soros de infusão, medicamentos e fluidos administrados ao paciente estão adequadamente identificados?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Paciente está com pulseira de identificação?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>CRM: <u>8433</u></p> <p>CRM: <u>4863</u></p> <p>COREN: <u>7429</u></p> <p>COREN: <u>364459 / 832328</u></p>
--	---

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
DETA CONFORME O ORIGINAL
DELE MOSSORO 12.08.2021

EXAME / ARQUIVO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

IDADE: 44 ANOS

DATA DE ADMISSÃO: 12/08/2020

CÓDIGO: 214527

LEITO: 302-5

DATA	EVOLUÇÃO
18/08/2020	# 5º PO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL SEM QUEIXAS DE DOR. NEUROVASCULAR DO MEMBRO NORMAL. RISCO CIRÚRGICO: PRONTO CD: AGUARDA CIRURGIA

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA BRANDA HIPOSSÓDICA	
2	SF 0,9% - 1500 ML - EV (CORRER EM 24 HORAS)	14 22 06
3	CFETAZIDIMA 1G - 1 AMPOLA - 10 ML ABD - EV 8/8 H	
4		
5	DIPIRONA - 1 AMPOLA + ABD - EV - 6/6 H SN	S/N
6	TRAMAL - 1 AMPOLA + 100 ML SF 0,9% - EV - 8/8 H SN	S/N
7	PLASIL - 1 AMPOLA NO SF 0,9% - EV - 6/6 H SN	S/N
8	OMEPRAZOL 40 MG - 1 AMPOLA - EV 1XD - EM JEJUM	
9	SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS	
10		
11		
12	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA	
13	ESTÁ CONFORME O ORIGINAL DARE MONSOPÉ R. M.	

Fábio de Brito da Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
TEOR: 15175 - CRM: 144.15972





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO

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

4
NT
M

Atendimento:	1229042
Data:	19/08/2020
Hora:	10:13

Nº AIH
CRISTINA

BOLETIM DE ADMISSÃO

458602 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 08/11/1975 - 44 A, 9 M, 11 D CPF: 032.776.184-98 RG: 1649343

CNS: 7023021483169-3 Convênio: SUS

Leito: 205-01 Enfermaria: 205 - AP 205 215.

Endereço: MARECHAL HERMES, Nº 1.083 - CEP: 59600-010 Bairro: BOM JARDIM

Cidade: Cid.: 2408003 - MOSSORO/RN Profissão: BÍOQUÍMICO Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Pai: EXPEDITO FERNANDES PIMENTA Mãe: MARIA DE LOURDES PIMENTA

Naturalidade: MOSSORO Caráter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Procedimento Solicitado: 0408020431-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA - 5525 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Diagnóstico Definitivo: Acomodação: Médico: 5924 - PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO

Carteira:

Validade: 30/12/1899

Autorização:

Senha:

Guia:

HOSPITAL WILSON ROSADO
Convênio: SUS
() Com 03 Refeições
(X) Sem Refeições
(X) Acompanhante

Resultado

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

Transferido:

História Clínica

Ulta: 2010-8120
19/08/2020

Diagnóstico Provável

Manuella P. de Souza
RESPONSÁVEL

Dr. Pablo Romero da Escossia Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5924
RÉG. 14852

PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO





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

PACIENTE: 1229042-GENIVAN FERNANDES PIMENTA
 FARMACIA: 215-AP 215

LEITO: 215-02

ADMISSÃO: 19/08/2020

DIAS INTERNADO: 0

PRESCRIÇÃO MÉDICA

19/08/2020 - 17:39:05

Prescrição Médica
 POU DE FRATURA RÁDIO DISTAL DIREITO
 PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS

Medicamento	Quantidade	Via	Frequência	Data	Observações	Assinatura
DIETA LIVRE						
SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML	1,00 FR	IV	08/08H			
CEFALOTINA 1 G	1,00 FA	IV	06/06H		+ ABD	
DIPYRONA 500MG/ML 2ML	1,00 AMP	IV	06/06H		+ ABD	
FRAMAL 50MG/ML 2ML	1,00 AMP	IV	08/08H		+ SF 0,9% 100ML	
TENOXICAN 20MG PÓ LIÓFILO P/SOLUÇÃO INJETÁVEL	1,00 FRAM	IV	12/12H		+ ABD	
NAUSEDRON 8 MG / 4 ML	1,00 AMP	IV	08/08H		+ ABD	
OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00 FA	IV	1X DIA			

SSVV +CCGG
 CURATIVO DIÁRIO

X: Filipe de A. Costa, Freitas
 Diretor de Tecnologia
 Inscrição: 5974
 CPF: 00000000

5924 - PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO

IMPRESSÃO EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



PACIENTE: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

DATA: 19/08/2020

CIRURGIA:

CIRURGIA REALIZADA: OSTEOSÍNTESE DE RÁDIO DISTAL DIREITO

EQUIPE CIRÚRGICA:

CIRURGIÃO: DR PABLO ESCÓSSIA

AUXILIAR: DR RAPHAEL

ANESTESISTA: DR ELUMAR

ENFERMEIRA: ALESSANDRA

INSTRUMENTADORA: BRUNO

CIRCULANTE: *Reguelina*

RELATÓRIO:

- 1) DDH, ASSEPSIA, COLOCAÇÃO DE CAMPOS
- 2) ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO
- 3) COLOCAÇÃO DE GARROTE PROXIMAL
- 4) INCISÃO LONGITUDINAL EM FACE VOLAR DO PUNHO + ABERTURA POR PLANOS + HEMOSTASIA
- 5) REDUÇÃO DA FRATURA + PLACA BLOQUEADA EM T + PARAFUSOS + FIOS DE KISCHNER
- 6) SUTURA POR PLANOS + HEMOSTASIA
- 7) RETIRADA DE GARROTE (PERFUSÃO NORMAL)
- 8) CURATIVO ESTERIL

MOSSORÓ, 19/08/20

*Dr. Pablo Escóssia
Ortopedista e Traumatologista
R. 100 - Mossoró - RN
25.000-000*





HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO

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

Atendimento: 1229042
Data: 19/08/2020
SENHA: 0
SUS

Guia:
Hora: 10:13:00
Tipo: INTERNACAO
Sexo: MASCULINO

8.602 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

ec.: 08/11/1975

Idade: 44 A,9 M,11

Profissão: BIOQUÍMICO

CPF: 037.776.184-98 - SUS: 702302148316913

Civil: SOLTEIRO(A)

J.: MARECHAL HERMES, 1.083 -

Bairro: BOM JARDIM

Cidade: MOSSORO/RN

CEP: 59600-010

Telefone: (84) 9941-55171

Celular: (84) 9917-17755

Mãe: MARIA DE LOURDES PIMENTA

08/2020


7-55.04 ORTOPEDIA

POLO OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA RÁDIO DISTAL

SEM QUEIXA.

FFO: CICATRIZ CIRURGICA EM BOM ESTADO. NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÃO. ADM PRESERVADO LEVEMENTE DOLORIDO

CD: ANALGESIA, ATS, CURATIVO, ACOMPANHAMENTO FAM AMBULATORIAL


Dr. Guilherme Garcia Rigolin
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 8187/TEOT 13541

8187 - GUILHERME GARCIA RIGOLIN

INFORMÁTICA - PGP 5-GEH





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

Pág.: 1/1

ENTE: 1229042-GENIVAN FERNANDES PIMENTA IDADE: 44 A,9 M,11 SUS
 FARMACIA: 215-AP 215 LEITO:215-02 ADMISSÃO: 19/08/2020

PRESCRIÇÃO MÉDICA

18/2020 - 07:55:13

A LIVRE

09 09 15 18 20 06

FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML	1,00FR	IV	08/08H		14 22 58
LOTINA 1 G	1,00FA	IV	06/06H	+ ABD	10 16 27 09
IONA 500MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	05/06H	+ ABD	10 13 24 06
VAL. 50MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	08/08H	+ SF 0,9% 100ML	10 18 30
TRICAN 20MG PÓ LIOFILO P/SOLUÇÃO TÁVEL	1,00FRAMP	IV	12/12H	+ ABD	16 09
SEDRON 8 MG / 4 ML	SN	1,00AMP	IV	08/08H	+ ABD SN
FRAZOL 40MG IVI + DIL.	1,00FA	IV	1X DIA		06

+CCGG Retina
 ATIVO DIÁRIO
 V HOSPITALAR

Dr. Guilherme Garcia Rigolin
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RN 8187/TEOT 13541

8187 - GUILHERME GARCIA RIGOLIN

SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 10/02/2021 08:06:02
<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021008060237500000062529865>
 Número do documento: 21021008060237500000062529865

Num. 65294712 - Pág. 17

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1229042 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA


Data de internação: 19/08/2020 - 10:13:00 Sexo: M

Idade: 44 A, 9 M, 11 D


Convênio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRURGICA Leito: 205-01

19/08/2020

Hora	PA	Temp	FC	FR	Glicemia	Assinatura	
10:30:00	<p>ADMITO PACIENTE NESTE SETOR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 44 ANOS, PROVENIENTE DO HRIM, DEAMBULANDO, ACOMPANHADO DE MAQUEIRO E FAMILIARES, PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO, COM FIXADOR EXTERNO. NEGA: HAS+DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. RECEBO CONSCIENTE, ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, COMUNICATIVO, EM JEJUM PARA CIRURGIA. AOS SSVV: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, EUPNEICO EM AA, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCORICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICIAIS PRESERVADAS. VEIO COM AVP, SENDO RETIRADO E FOI REFUNCIONADO EM AVP, NO MSE, VIABILIZANDO HV LIVRE DE EDEMAS. SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATÓRIA. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUÊ AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. PACIENTE TOMOU BANHO COM CLOREXIDINA DEREGMANTE, AGUARDA CIRURGIA.</p>					<p>JEMIMA MEDEIROS DE PAULA (ENFERMEIRANDA)</p>	





HOSPITAL WILSON ROSADO
 PLDRO VEU'0, 250
 SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
 CNPJ: 35.650.324/0001-50
 Tel.: (84) 3318-0000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1229042 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Data da internação: 19/08/2020 - 10:13:00 Sexo: M Idade: 44 A,9 M,11 D
 Convenio: SUS
 Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 215-02

Anotação		Técnico(a)	Assinatura
19/08/2020	PACIENTE TRANSFERIDO DO POSTO 2 PARA CC EM CADFIRA DE RODAS ACOMPANHADO DE MIAQUEIRO E FAMILIARES. - PA: TAX: 0,00P F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 Fl O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	LUZIA GUEDES BRASÍLIO	 Luzia Guedes Brasília Téc. Enfermagem COREN: RN 952466





HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Genilson Fernandes Pimenta Idade: 44 Registro: 458602
 Setor: E.C Médico: Dr. Pablo Enferm./Leito: 205-01

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
10/02/2021	12:10	paciente recebeu no centro cirúrgico, lavado do parto, em posição com punções peritoneais e lamelares com anti-embólicos, ventos verbalizava em fim para realizar procedimento, recebeu com Dr. Pablo e equipe, subarabado com 5ml em 5 em forma farmacológica, não há de lítio, hepática e alguns o equilíbrio metabólico e manter em estado de vigília.	
10/02/2021	15:50	paciente transferido para o procedimento cirúrgico. -- 11 --	
	16:00	início do bloqueio anestésico com 1ml de bupivacaína, o mesmo monitorado. -- 11 --	
	16:10	início do procedimento cirúrgico com intubação com Dr. Pablo, Dr. Rafael. -- 11 --	
	17:10	término do procedimento cirúrgico, realizado sutura de ferida em F.O. -- 11 --	
	17:20	encaminhado paciente para UP para pós-operatório imediato. -- 11 --	
10/02/2021	17:25	Paciente recebeu no centro de F.O. com equipe cirúrgica em 02 minutos com sutura com F.O. em 02 minutos.	
10/02/2021	18:00	Foi admitido no centro de F.O.	

Assinatura: Livia Karina Freitas da Silva
 10/02/2021 16:16

Assinatura: Antônio Lopes de Jesus
 Coordenador de Enfermagem
 10/02/2021 17:14

Assinatura: Antônio Lopes de Jesus
 Coordenador de Enfermagem
 10/02/2021 17:25





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
 PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
 CNPJ: 35.650.324/0001-50
 WILSON ROSADO HOSPITAL
 Tel.: (84) 3338-9000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1229042 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Data da internação: 19/08/2020 - 10:13:00 Sexo: M Idade: 44 A,9 M,11 D
 Convênio: SUS
 Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 215-02

19/08/2020

Anotação

		Técnica(a)	Assinatura
20:10:00	RECEBO PACIENTE PROVENIENTE DO CC. PO DE FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO, CONCIENTE, ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, DIETA POR VO, DIURESE E EVACUAÇÕES ESPONTÂNEAS, AO EXAME NORMATOCARDIO, NORMATENSÃO, EUPNEICO EM AA. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO. - PA: TAX: e F.C.: F.R.: Glicemia: PVC: PAM: Sat. O ₂ : FI O ₂ : Ventilação: Decúbito:	RHANSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	<i>Rhanssa Ruama F. Fernandes</i> Rhanssa Ruama F. Fernandes Tec. Enfermagem COBEN - RR 1451205
22:00:00	ADMINISTRADO 500ML SF 0,9% IV, 1FR CEFALOTINA 1g + ABQ IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00e F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	RIANSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	<i>Rhanssa Ruama F. Fernandes</i> Rhanssa Ruama F. Fernandes Tec. Enfermagem COBEN - RR 1451205





HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIO DIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PUDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.374/0003-50
TEL: (84) 3318-9000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1229042 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Data de internação: 19/08/2020 - 10:13:00

Sexo: M

Idade: 44 A, 9 M, 11 D

Convênio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 213-02

19/08/2020

Anotação

22:00:00	ADMINISTRADO SODIAL SF 0,9% IV, IFR CEFALOTINA 1G + ABD IV, CONTORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decubito:	RHAUSSA RUANNA FERNANDES CORREIA FACUNDIS	Rhaussa Ruanna Téc. Enfermagem CORLN - RN 145.256
----------	--	---	---

Técnico(a)

Assinatura





WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PRÉDIO VENTHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.850.334/0001-50
Tel: (84) 3338 9000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1229042 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Data de Internação: 19/08/2020 - 10:13:00 Sexo: M Idade: 44 A,9 M,13 D

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Lcfo: 215-02

20/08/2020


Anotação

Técnico(a)

Assinatura

<p>00:00:00 ADMINISTRADO 1AMP DIFERONA 500MG + ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O²: 0 Fi O²: 0 Ventilação: Decubito:</p>	<p>RHAYSSA RUANNA FERNANDES CORREIA FAGUNDES</p>	<p>Rhayssa Ruanna F. C. Aguiar Téc. Enfermagem COREN- RN 1451266</p>
<p>02:00:00 ADMINISTRADO 1AMP TRAIVAL 50MG + 100ML SF 0,9% IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O²: 0 Fi O²: 0 Ventilação: Decubito:</p>	<p>RHAYSSA RUANNA FERNANDES CORREIA FAGUNDES</p>	<p>Rhayssa Ruanna F. C. Aguiar Téc. Enfermagem COREN- RN 1451266</p>
<p>04:00:00 ADMINISTRADO 1FR TENOXICAN 20MG + ABD IV, 1FR CEFALOTINA 1G + ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O²: 0 Fi O²: 0 Ventilação: Decubito:</p>	<p>RHAYSSA RUANNA FERNANDES CORREIA FAGUNDES</p>	<p>Rhayssa Ruanna F. C. Aguiar Téc. Enfermagem COREN- RN 1451266</p>
<p>06:00:00 ADMINISTRADO 500ML SF 0,9% IV, 1AMP DIFERONA 500MG + ABD IV, 1FR OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O²: 0 Fi O²: 0 Ventilação: Decubito:</p>	<p>RHAYSSA RUANNA FERNANDES CORREIA FAGUNDES</p>	<p>Rhayssa Ruanna F. C. Aguiar Téc. Enfermagem COREN- RN 1451266</p>




CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
 PEDRO VILHO, 750
 SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 55641-010
 CNPJ: 35.650.324/0001-50
 TEL: (84) 3318.9090

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1229042 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA
 Data da Internação: 19/08/2020 - 10:13:00 Sexo: M Idade: 44 A,9 M,11 D
 Convênio: SUS
 Clínica: ORTOPEDIA CIRURGICA Leito: 215-02

20/08/2020	Anotação	Técnico(a)	Assinatura
07:56:00	PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR APOS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI RETIRADO AVP, ENTREGUE RECEITUÁRIOS, IMSSAÚDE ORIENTAÇÕES - PA. TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 F.O2: 0 Ventilação: Débito:	IVIANA KARINA FREITAS DA SILVA	 Iviana Karina Freitas da Silva T. de Enfermagem CRP: 5857 (RN)





HOSPITAL
WILSON ROSADO

PLANOS DE CUIDADOS
DE ENFERMAGEM

Paciente: Gonçalo Fernandes Pereira
Clínica: _____ Enf.: _____ Leito: _____
Cuidados Especiais: SSW pré-operatório
ps-operatório

Data	Hora	Temp.	Pulso	Resp.	PA	Diurese	Observações	Assinatura
19/08/20	15:20	-	90	30x20 99%	120x80	P	- Exame Operatório -	Jacqueline de S. Oliveira Téc de Enfermagem COREN 106276

Visto Enfermeiro



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
AGÊNCIA NACIONAL DE TRANSPORTES

NOME
PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
1329027 ITEP RN

CPF DATA NASCIMTO
877.270.214-15 08/08/1972

FILIAÇÃO
FRANCISCO DAS CHAGAS
NORONHA
LUZIA MARIA ALVES DE
CASTRO

PERMISSÃO ACC CATEG
[] [] []

1º REGISTRO VALIDEZ 1ª HABILITAÇÃO
13/03/2016 08/12/2016 08/08/1994

OBSERVAÇÕES
A

Paulo Sergio Castro de Noronha

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL DATA EMISSÃO
MOSSORO, RN 08/12/2016

99416103055
RN702520714

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES


CANAL EM TODOS
OS TRANSPORTES NACIONAIS
1290387313

PROIBIDO REPRODUZIR
1290387313



ORGÃO FERNANDES FREITAS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1479559346



IDENTIFICAÇÃO Nº 108985 888 48

Nº 176 184 98 | 08/11/1975

FERNANDO FERNANDES FREITAS
PLANEJA
MARIA DE LOURDES FREITAS

PROFISSÃO: PLANEJADOR

REGISTRO: 02358133114 | CATEGORIA: 07/00/1948 | VALIDADE: 31/11/2021

OBSERVAÇÕES

Fernando Freitas

PROIBIDO PLASTIFICAR
1479559346

LOCAL: NOVA LIMA - RN | Nº DE EMISSÃO: 04/05/2017

RIO GRANDE DO NORTE

VALIDA



DECLARAÇÃO

EU Renan Fernandes Pereira
portador (a) da cédula de RG de N° 1.049.943 e
CPF 032.776.184-98 Declaro para Os devidos fins
que estive no Banco Caixa Econômica Federal
para regularizar minha conta Poupança de agência
3064, número 02802-1 para pode receber o
benefício da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Assina 27 de Novembro de 2020.

Renan Fernandes Pereira

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCARIA



DECLARAÇÃO

EU Renan Fernandes Pereira
portador (a) da cédula de RG de N° 1.049.943 e
CPF 032.776.184-98 Declaro para Os devidos fins
que estive no Banco Caixa Econômica Federal
para regularizar minha conta Poupança de agência
3064, número 02802-1 para pode receber o
benefício da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Assina 27 de Novembro de 2020.

Renan Fernandes Pereira

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCARIA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200428827 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENIVAN FERNANDES PIMENTA **Data do acidente:** 12/08/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P6,9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO 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 PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Benício Francisco Pereira, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: Pescador, Data do Acidente 11-03-2020
Cobertura avulso, portador(a) do RG 1 649 343, órgão expedidor
SSP/RN e do CPF: 036 444 134 58 residente no(a)
Rua Manoel Herculano nº 1233 CS 01
bairro: Boa Esperança, 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 11-11-2020

Local e Data

Benício Francisco Pereira

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341102/20

Vítima: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

CPF: 032.776.184-98

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/08/2020

Titular do CPF: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA : 877.270.214-15

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

GENIVAN FERNANDES PIMENTA : 032.776.184-98

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: 27/11/2020
Nome: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA
CPF: 877.270.214-15

PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 12 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200428827

Vítima: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Data do Acidente: 12/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GENIVAN FERNANDES PIMENTA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
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: **GENIVAN FERNANDES PIMENTA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003064**

Conta: **0000002702-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 033.776.184-93 4 - Nome completo da vítima: Renovan Francisco Perazzo

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

5 - Nome completo: Renovan Francisco Perazzo 6 - CPF: 033.776.184-93
 7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua. Amador de Barros 9 - Número: 1033 10 - Complemento: 600 2d.
 11 - Bairro: Itaipava 12 - Cidade: Ubatuba 13 - Estado: SP 14 - CEP: 09903-160
 15 - E-mail: renovan@uol.com.br 16 - Tel. (DDD): 1849 9953 3206

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante legal: _____
 18 - CPF do Representante legal: _____ 19 - Profissão do Representante legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUpanÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itau (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3004 CONTA: 04702 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 a fazer a creditação na conta bancária informada, ou multa de taxa de crédito, a favor da indenização/ reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a minha assinatura, 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 **assinalei 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.

Ao não trazer o laudo, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, em concordância, desde, aí, em me submeter à avaliação médica às costas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 36, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo 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 V.v.v.s: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro/vivasso? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar V.v.v.s: 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 aos únicos beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer assinante em declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, a em de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura: _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido: _____
 36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido: _____
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido: _____

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Ubatuba, SP, 07/11/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (decorrente): Renovan Francisco Perazzo 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRÁFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

Nº

0801820

1 - LOCAL DO ACIDENTE

Local:	RUA JUVENAL LAMARTINE	Bairro:	SANTO ANTÔNIO
P. Ref.	CRUZAMENTO COM A RODRIGUES ALVES	Data:	12/08/2020

2 - VEICULO V-02

Placa	OJZ-7043	Cidade	MOSSORÓ	UF	RN
Marca/Mod.	HONDA BIZ 125 ES	Ano	2014/2014		
Proprietário	GENIVAN FERNANDES PIMENTA			Nº de Ocupantes	01
Condutor	GENIVAN FERNANDES PIMENTA			Data de nasc.	08/11/1975
Endereço	RUA MARECHAL HERMES	Nº	1083	Fone	(84) 99415-5171
Bairro	BOM JARDIM	Cidade	MOSSORÓ	UF	RN
CPF nº	032.776.184-98	CNH	02636033118	CAT	AB
Local de Trabalho	PAM DO BOM JARDIM				
				Validade	07/05/2022

3 - VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	RUA JUVENAL LAMARTINE		
Em que sentido?	CENTRO / BOM JARDIM	Em que faixa?	DIREITA

Versão do condutor:

Alega que transitava na rua citada, quando chegou no cruzamento com a Rua Rodrigues Alves, um veículo surgiu repentinamente não dando tempo de frear e V-1 bateu no meu veículo V-2, com o impacto fiquei com várias escoriações e fui socorrido por uma ambulância do SAMU para o HRTM, ao chegar no hospital foi constatado que houve fratura no punho da mão direita. Em anexo Declaração de Ocorrência do SAMU nº 203 e Boletim de Atendimento Médico do HRTM nº 13447/2020.

**As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral do Código Penal Brasileiro*.*



Assinatura do Condutor/ declarante

IMPOSSIBILIDADE DE ASSINATURA

Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 31/08/2020, na Sede do 2º DPRE.

Nome do Agente que registrou as informações: *Deivid Neimar Siqueira de Oliveira*

Posto/Graduação	3º Sgl PM	Matricula	164.192-1	Vlatura	****	Unidade	2º DPRE
-----------------	-----------	-----------	-----------	---------	------	---------	---------

Deivid Neimar S. Oliveira
Matricula: 164.192-1

Responsável Pelo Setor de Tráfego do 2º DPRE.





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE Ocorrência Nº 0801820

Local: BRASILEIA - LAVAS DAS FLORES Bairro: BRASILEIA
Cidade: BRASILEIA Estado: RIO GRANDE DO NORTE
Data: 14/08/2020 Hora do acidente: 18:00 Hora do registro: 16:00 Hora da ocorrência: 18:00

- Colisão Frontal
- Colisão Lateral
- Colisão Traseira
- Colisão Frontal
- Colisão Lateral
- Colisão Traseira
- Choque
- Outros

Placa ou Chassi: 000 1234 Cidade: BRASILEIA
Marca/Mod.: FIAT Ano: 2010
Proprietário: WILSON CARVALHO DA SILVA
Condutores: WILSON CARVALHO DA SILVA Data de nascimento: 25/11/1981
Endereço: RUA DE SÃO CARLOS Nº 123 Bairro: BRASILEIA
Cidade: BRASILEIA Estado: RN
CPF Nº: 000 000 000 00 CNH Nº: 000000000000 Validade: 25/11/2020 Categoria: A1
Local de Trabalho: _____
End.: _____

Placa ou Chassi: 000 1234 Cidade: BRASILEIA
Marca/Mod.: FIAT Ano: 2010
Proprietário: WILSON CARVALHO DA SILVA
Condutores: WILSON CARVALHO DA SILVA Data de nascimento: 25/11/1981
Endereço: RUA DE SÃO CARLOS Nº 123 Bairro: BRASILEIA
Cidade: BRASILEIA Estado: RN
CPF Nº: 000 000 000 00 CNH Nº: 000000000000 Validade: 25/11/2020 Categoria: A1
Local de Trabalho: _____
End.: _____

Placa ou Chassi: _____ Cidade: _____
Marca/Mod.: _____ Ano: _____
Proprietário: _____
Condutores: _____ Data de nascimento: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____
CPF Nº: _____ CNH Nº: _____ Validade: _____ Categoria: _____
Local de Trabalho: _____
End.: _____

Placa ou Chassi: _____ Cidade: _____
Marca/Mod.: _____ Ano: _____
Proprietário: _____
Condutores: _____ Data de nascimento: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____
CPF Nº: _____ CNH Nº: _____ Validade: _____ Categoria: _____
Local de Trabalho: _____
End.: _____



Em que Rua: Av. Transitava? R. RODOVIA ALVES

Em que sentido? PARTE DA AVENIDA Em que faixa? DESBITA

Veículo do condutor BMW 320I 1600CC NA VIA DE SAÍDA PARA O SENTIDO DA AVENIDA
CONDIÇÃO DO VEÍCULO: SEM A PARTIDA NORMAL, LANTERINA NÃO ACIONADA A PARTIR DE
UM VEÍCULO E BARRICADEIROS, NOME: JOSEMARIA MARIA DE SALES

Em que Rua: Av. Transitava?

Em que sentido? Em que faixa?

Veículo do condutor

Em que Rua: Av. Transitava?

Em que sentido? Em que faixa?

Veículo do condutor

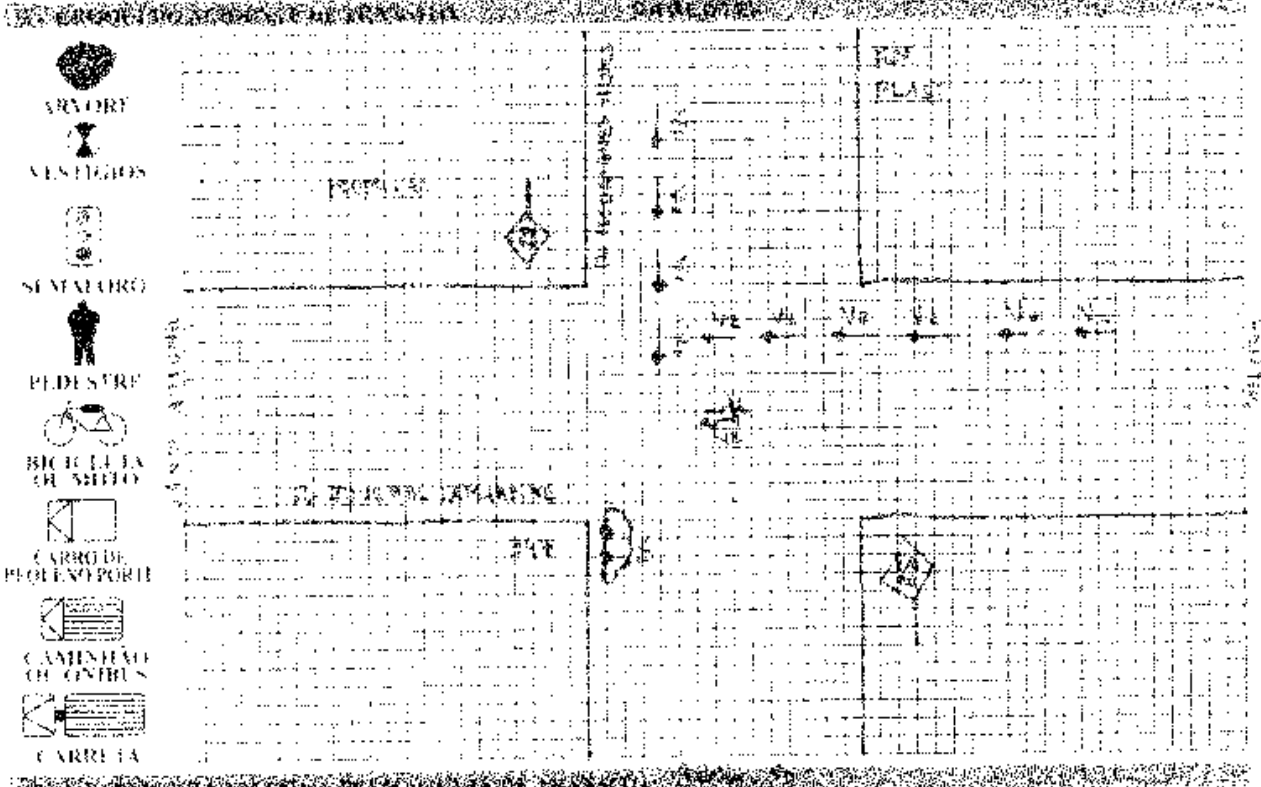
Em que Rua: Av. Transitava?

Em que sentido? Em que faixa?

Veículo do condutor



Características	Estado	Tipo de Dano	Caract. Part.	Estado Part.	Localização
<input type="checkbox"/> Amarelado	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Estático	<input type="checkbox"/> Kera	<input checked="" type="checkbox"/> Seta	<input type="checkbox"/> Invisível
<input type="checkbox"/> Preto	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Malhada	<input type="checkbox"/> De Acerto de Trânsito
<input type="checkbox"/> Amarelado	<input type="checkbox"/> Otimizado	<input type="checkbox"/> Circular	<input type="checkbox"/> Velho Ingrom	<input type="checkbox"/> Dançada	<input type="checkbox"/> De Sinalização
<input type="checkbox"/> Seta e freio	<input type="checkbox"/> Sinaliza	<input type="checkbox"/> Casca de	<input type="checkbox"/> Velho Saco	<input type="checkbox"/> Peças D'ingua	<input type="checkbox"/> Falta de Pósteres
<input type="checkbox"/> Seta - Brônzeado	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Lixa	<input type="checkbox"/> Desejo Ingrom	<input type="checkbox"/> Chivo	<input type="checkbox"/> Linha
<input type="checkbox"/> Iluminação Direção	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Desejo Saco	<input type="checkbox"/> Entalçada	<input type="checkbox"/> Placa de PAVS
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Furto Obras	<input type="checkbox"/> Falta de sinalização
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Furo Buraco	<input type="checkbox"/> Vol. Sinal. Pósteres
			<input type="checkbox"/> Borracha	<input type="checkbox"/> Lim. Arco	
			<input type="checkbox"/> Retorno		
			<input type="checkbox"/> Entrocamento		
			<input type="checkbox"/> Introcção		



AVARIAS DO VEÍCULO 1

SERVAÇÃO - FURTO - DANOS - DESTRUIÇÃO DE PARTES

PARTE DE FURTO - DANOS - DESTRUIÇÃO DE PARTES

PARTE DE FURTO - DANOS - DESTRUIÇÃO DE PARTES

PARTE DE FURTO - DANOS - DESTRUIÇÃO DE PARTES

PARTE DE FURTO - DANOS - DESTRUIÇÃO DE PARTES

AVARIAS DO VEÍCULO 2

DANOS - DESTRUIÇÃO DE PARTES

DANOS - DESTRUIÇÃO DE PARTES

DANOS - DESTRUIÇÃO DE PARTES

DANOS - DESTRUIÇÃO DE PARTES

DANOS - DESTRUIÇÃO DE PARTES

AVARIAS DO VEÍCULO 3

DANOS - DESTRUIÇÃO DE PARTES

DANOS - DESTRUIÇÃO DE PARTES

DANOS - DESTRUIÇÃO DE PARTES

DANOS - DESTRUIÇÃO DE PARTES

DANOS - DESTRUIÇÃO DE PARTES

AVARIAS DO VEÍCULO 4

DANOS - DESTRUIÇÃO DE PARTES

DANOS - DESTRUIÇÃO DE PARTES

DANOS - DESTRUIÇÃO DE PARTES

DANOS - DESTRUIÇÃO DE PARTES

DANOS - DESTRUIÇÃO DE PARTES



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: 033.776.184-93 4 - Nome completo da vítima: Renovan Francisco Perazzo

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

5 - Nome completo: Renovan Francisco Perazzo 6 - CPF: 033.776.184-93
 7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua. Amador de Barros 9 - Número: 1033 10 - Complemento: 600 2d.
 11 - Bairro: Itaipava 12 - Cidade: Ubatuba 13 - Estado: SP 14 - CEP: 09903-160
 15 - E-mail: renovan@uol.com.br 16 - Tel. (DDD): (18) 4993-3300

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante legal: _____
 18 - CPF do Representante legal: _____ 19 - Profissão do Representante legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3004 CONTA: 04702 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, ou multa de taxa de crédito, o valor da indenização/ reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a minha assinatura, 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 **assinalei 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.

Ao não trazer o laudo, 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 costas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 36, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concorrente com a futura avaliação médica ou recurso a qualquer outro de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar V.vvvs: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro/vivasseg? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar V.vvvs: 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 aos únicos beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer assinante em declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, a em de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura: _____
 35 - Nome legível de quem assina a seguinte pedido: _____
 36 - CPF legível de quem assina a seguinte pedido: _____
 37 - (*) Assinatura de quem assina a seguinte pedido: _____

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data: Ubatuba, SP, 07/11/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (decorrente): Renovan Francisco Perazzo 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____





SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 203

Mossoró 18 de Agosto de 2020

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **GENIVAN FERNANDES PIMENTA, 44 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Carro

Data da Ocorrência: 12/08/2020

Local da ocorrência: Rua: Juvenal Lamartine com Rodrigues Alves, Santo Antônio próximo a o Vuco Vuco.

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 02

Hora do Chamado: 12h 30min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima com suspeita de fratura de punho direito, foi submetida a imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró.**

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Marcilene Pereira de Souza, 27 anos, portador de CPF: 046.904.384-98.**
Estamos à disposição para mais informações.

Silvania do Monte Santiago
Diretora Administrativa do SAMU/Mossoró

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1

Diretora Administrativa do SAMU/Mossoró

Dixon Fradik Medeiros Lima
Diretor Geral do SAMU/Mossoró

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3

Diretor Geral do SAMU/ Mossoró

SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samumossoro@lutaonil.com



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: 08/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000002702-1

Nr. da Autenticação 3A90080396B67D9C



COSERN

Companhia Saneamento de Pernambuco S/A
Rua Normal, 169 - Recife - PE CEP 51045-010
CNPJ 06.524.910/0001-80 - Ins. Est. 15.056.149-0 - Ins. ICMS 15.056.149-0

DADOS DO CLIENTE

RAFAEL FERREIRAS DA SILVA

CPF: 030.087.434-80

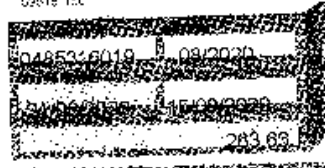
CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
TENSÃO 220V
METER

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MARCELO ALMEIDA, 1005 - 08-01

NOBILIN WAPETRONIA
RUA SODRÉ GON
6618-100



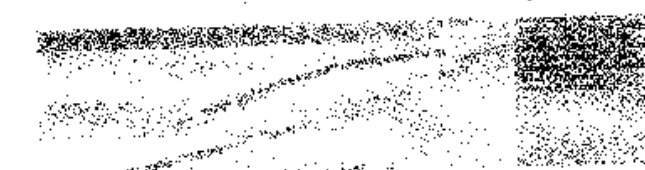
0485346019 080000
0485346019 080000
0485346019 080000

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KW) 1500	22,000000	1,125000	24,75
Consumo Ativo (KW) 1500	335,302000	1,676510	560,95
Custo de Transmissão (R\$)			14,87
Perda de Energia (R\$)			2,80
Imposto de Renda (R\$)			1,67
Outros (R\$)			0,80

PERÍODO	DATA	ANTERIOR	LETURA	DATA	ATUAL	DEBITO	CONSUMO (KWH)	VALOR	CONSUMO (LITROS)
01/02/2021	01/02/2021	01/01/2021	01/01/2021	01/02/2021	01/02/2021				

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	%	VALOR COEFICIENTE
Consumo Ativo (KW) 1500	22,000000	22,00%	1,125000
Consumo Ativo (KW) 1500	335,302000	33,53%	1,676510
Custo de Transmissão (R\$)	14,870000	14,87%	0,000000
Perda de Energia (R\$)	2,800000	2,80%	0,000000
Imposto de Renda (R\$)	1,670000	1,67%	0,000000
Outros (R\$)	0,800000	0,80%	0,000000
Total	100,000000	100,00%	2,801510

NOTA: Este documento é uma cópia eletrônica do documento original. Para mais informações, consulte o site da COSERN.



PERÍODO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	TOTAL	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
01/02/2021	0,70	2,10	0,00	0,00	2,80	0,00	0,00
02/02/2021	0,70	2,10	0,00	0,00	2,80	0,00	0,00
03/02/2021	0,70	2,10	0,00	0,00	2,80	0,00	0,00

