

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2015

Carta nº: 7424148

A/C: JANAINA TEOTONIO GONCALVES

Sinistro: 3150630719
Vitima: JANAINA TEOTONIO GONCALVES
Data Acidente: 29/12/2011
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Antonio Testoni GonçalvesPORTADOR(A) DO RG Nº 003 241 806 EXPEDIDO POR SSP-RN EM 09/09/10 ECPF 018157784-37 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃOE RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMÉRCIO ou LULA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

ARUANA SEGUROS

10 JUN 2015

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 003 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1366-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 67140-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

S. Antônio - RN, 22 de maio

LOCAL E DATA

de 2015 José Antonio Testoni Gonçalves

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que v. tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br

DOCUMENTO 1 *T14*



do à legislação vigente e de acordo com a

AT 0800-0221204.

P320

SISAB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
15/05/2015 - Autoatendimento - 15:52:39
136670828 0517

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO
CLIENTE JANAINA I GONCALVES
AGENCIA: 1366-8 CONTA: 67.140-1
VALOR TOTAL * 10.00
NR. ENVELOPE 2.243.353.048

* Valor sujeito a conferencia.

* Dados do Envelope: R\$ 2.243.353.048

* acolhido em: 15/05/2015, na Agência 1366-8.

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO
NO PROXIMO DIA UTI..

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERAÇÃO
SER PROCESSADA.

ARUANA SEGUROS

10 JUN 2015

pg 21

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Antonio Testoni GonçalvesPORTADOR(A) DO RG Nº 003 241 806 EXPEDIDO POR SSP - RJ EM 09/09/10 ECPF 0158157704-37 / CNPJ 0000000000-000000-00, PROFISSÃOE RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMÉRCIO ou LULA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

ARUANA SEGUROS

10 JUN 2015

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 003 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1366-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 63140-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

S. Antônio - RN, 22 de maio de 2015 José Antonio Testoni Gonçalves
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que v. tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotrans

DOCUMENTO 1 *T14*



do à legislação vigente e de acordo com a

AT 0800-0221204.

P320

SISAB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
15/05/2015 - Autoatendimento - 15:52:35
136670928 0517

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO
CLIENTE JANAINA I GONCALVES
AGENCIA: 1366-8 CONTA: 67.140-1
VALOR TOTAL * 10.00
NR. ENVELOPE 2.243.353.048

* Valor sujeito a conferencia.

* Dados do Envelope: R\$ 2.243.353.048

* acolhido em: 15/05/2015, na Agência 1366-8.

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO
NO PROXIMO DIA UTI..

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERAÇÃO
SER PROCESSADA.

ARUANA SEGUROS

10 JUN 2015

pg 21

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
6ª DELEGACIA REGIONAL NOVA CRUZ
DELEGACIA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO

DOCUMENTO T 1190



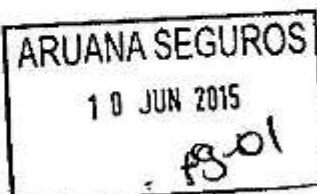
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 105813

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: INCIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: SÍTIO LAJES/SANTO ANTONIO/RN		
DATA DO FATO: 29/12/2011		HORÁRIO: 22:30HS
COMUNICANTE/VÍTIMA: JANAINA TEOTONIO GONÇALVES		
ENDEREÇO: R. JOÃO ARAÚJO, 145, b. JOSÉ DO CARMO/SANTO ANTONIO/RN		
RG: 003.271.806/RN	CPF: 018.157.714-37	NASC. 21.04.1994
NACIONALIDADE: BRASILEIRA		NATURALIDADE: SERRINHA/RN
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA OCUPAÇÃO: DOMÉSTICA		
FILIAÇÃO: MANOEL TEOTONIO GONÇALVES E MARIA CÍCERA DE FREITAS GONÇALVES		
VÍTIMA: ACIMA CITADA		
ACUSADOS:		
HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA		
A COMUNICANTE INFORMOU QUE NA DATA, LOCAL E HORA ACIMA CITADOS, A MESMA PILOTAVA A MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS, ANO/MODELO 2005/2006, DE COR PRATA, DE PLACA MYP 8208, RENAVAM 862934753, CHASSI 9C2KC08106R806155, EM NOME DE JEOVÁ GONÇALO DA SILVA, COM DESTINO A CIDADE DE VÁRZEA/RN, QUANDO DE REPENTE APARECEU OUTRA MOTOCICLETA EM QUE A PESSOA QUE ESTAVA PILOTANDO, EMBRIAGADA, COLIDIU COM A MOTOCICLETA DA COMUNICANTE, ONDE FOI AO SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL LINDOLFO GOMES VIDAL, NA CIDADE DE SANTO ANTONIO/RN. NADA MAIS DISSE.		
TESTEMUNHAS:		
TODAS AS INFORMAÇÕES AQUI DESCRITAS SÃO DE RESPONSABILIDADE DO COMUNICANTE		
PROVIDÊNCIAS: REGISTRO DO B.O.		

COMUNICANTE: Janaina Teotônio Gonçalves

Santo Antônio-RN, 15 de outubro de 2013.

APC. LEONARDO FABRÍCIO DE OLIVEIRA
Mat. 83.580-3





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Janaína Teotônio Gonçalves, portador da carteira de identidade nº 003233806 e inscrito no CPF/MF sob o nº 018.053.314-22, residente e domiciliado na Av. S. Araújo, 345 - Centro, Cidade Santo Antônio, Estado PR, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

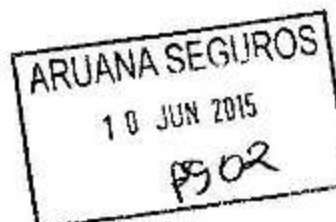
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Janaína Teotônio Gonçalves

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Santo Antônio - PR, 22.05.2015.

Local e data





Secretaria de Estado da Saúde Pública - RN

HRLGV

Hospital Regional Lindolfo Gomes Vidal
Santo Antônio - RN

R6003.271.806

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Doe. Maria Ceteira de Freitas Guselva

Nº 4026

Nome: Ismael Teotônio Guselva
 D. N.: 21/04/94 Cor: br Sexo: M Estado Civil: solteiro
 Naturalidade: Serra do Rio Profissão: Estudante Instituto: SUS
 Residência: R. São Manoel Bairro:
 Cidade: SA Data: 29/12/11 Hora Ent.: 10:45

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

() APARENTEMENTE BEM () REGULAR () CI DISPNEIA () CHOCADO () COMATOSO
 () CI HEMORRAGIA () EM CONVULSÃO () POLITRAUMATIZADO () AGITADO () OUTROS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

*Ismael Teotônio Guselva
 infectado pelo corpo que
 ficou no ar + ferimento de
 mordida*

EXAME FÍSICO - LESÕES OU AFECÇÕES ENCONTRADAS

A cópia confere com a original

Assinatura
 Maria José Spinola Alcantara
 Assistente Social
 CRESS 10 578

Ta mmhg Pulso Respiração Temperatura

Diagnóstico Provisório

FETIMENTO INFECCIOSO

ARUANA SEGUROS

10 JUN 2015

P303

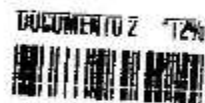
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jamaine Teotonio Gomes

RG nº 003 231 806, data de expedição 09/09/10, Órgão SSP-RN

CPF nº 018357314-32, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

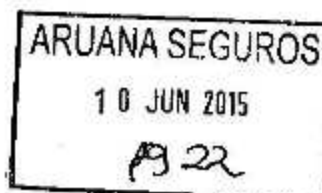
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>João Augusto</u>
Número	<u>145</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Santa Antônia</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59255-000</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 9616-1120</u>
E-mail	<u>-</u>

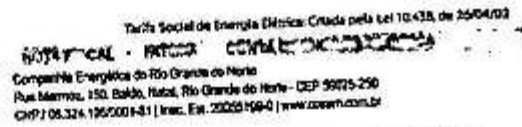


Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Antônia - RN, 22 maio de 2015

Assinatura do Declarante: Jamaine Teotonio Gomes





INDRECCO CALINIDAD CONSUMIDORA
RUA J. M. F. 100 145

CENTRO AREA AURELIA
SANTO ANTONIO RM
50255-000

CONTA CONTRATO 0852994061 MES/ANO 03/2015

UNBCA

04/03/2015

DATA DI VERIFICA HITI 02/04/2015 DATA INVIATA INCONTRO AUSTRIA 02/04/2015

17/03/2015 15:04:11

WPA INSTALING AC
1-25-50

TOTAL & PAYABLES) 105.28

QUANTITY	PRICE (PK)	VALUE (PK)
190,000,000	0.4424043	84.26
		7.99
		10.11
		1.53
		0.79

		COMPANHIA DO CARIACO			
		RECEITA	DEBITO	CREDITO	Saldo
		CALEIRO	%	DEBITO	DEBITO
1980-1981	150				40,94
1981-1982	150				1,67
1982-1983	150				25,41
1983-1984	154				3,54
1984-1985	156				20,80
1985-1986	179				83,26
1986-1987	829				
1987-1988	144				
1988-1989	186				
1989-1990	222				
1990-1991	223				
1991-1992	136				
1992-1993	174				
TOTAL 32.714.857,90 9254 DE 10 C200 C379					

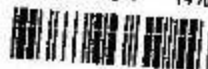
[illegible][illegible]

CONJUNTO	COLAR APLICADO	LAZER NÓVEL	LAZER FRANCÊS	LAZER SARAL	TEXEIRO HOMENAL	LAZER DE VIDAÇÃO
----------	-------------------	----------------	------------------	----------------	--------------------	---------------------

ARUANA SEGUROS

10 JUN 2015

pg-23



Secretaria de Estado da Saúde Pública - RN

HRLGV

Hospital Regional Lindolfo Gomes Vidal
Santo Antônio - RN

26003.271.806

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Mãe: Maria Cêlera de Freitas Gonçalves

Nº 4026

Nome: Francisco Antonio Gonçalves
 D. N.: 21/04/94 Cor: br Sexo: M Estado Civil: solteiro
 Naturalidade: Serra Nova Profissão: Estudante Instituto: SUS
 Residência: R. São Mateus Bairro:
 Cidade: SA Data: 29/12/11 Hora Ent.: 10:45

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

() APARENTEMENTE BEM () REGULAR () CI DISPNEIA () CHOCADO () COMATOSO
 () CI HEMORRAGIA () EM CONVULSÃO () POLITRAUMATIZADO () AGITADO () OUTROS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

*Lesão de ferimento
 infectado pelo corpo após
 queda no muro + trauma de
 med. @*

EXAME FÍSICO - LESÕES OU AFECÇÕES ENCONTRADAS

A cópia confere com a original

Marta José Spínola Alcântara
 Assistente Social
 CRESS 10 578

Ta mmhg Pulso Respiração Temperatura

Diagnóstico Provisório

FERIMENTO INFECTADO

ARUANA SEGUROS

10 JUN 2015

pg 004

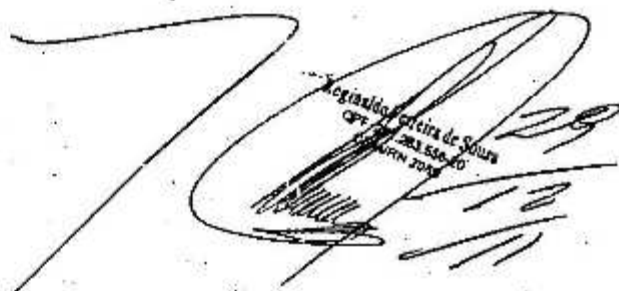
EXAMES COMPLEMENTARES

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

AO SERVIÇO: CLÍNICO ☐ CIRURGIA ☐ ORTOPEDIA ☐ GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA ☐
PEDIATRIA ☐

CONDUTA:

CONTINUOPaul



DESTINO DO PACIENTE

FICOU NO LOCAL: ☐

INTERNADO NO SERVIÇO DE:

REMOVIDO EM: ____/____/____

HORA: _____ hs

PARA: _____

HORA _____ hs

ACIDENTE DE TRABALHO ☐

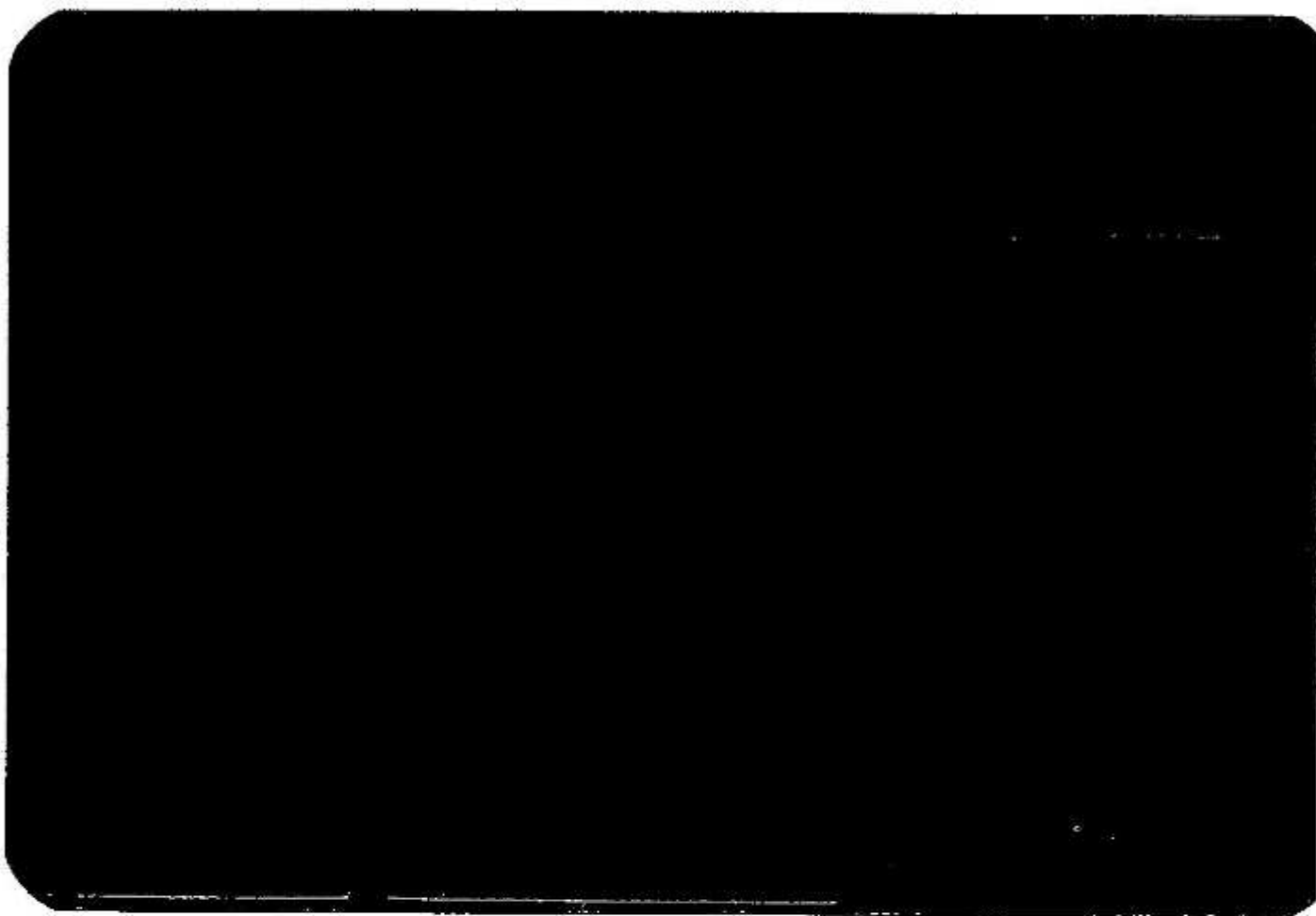
RETIROU-SE POR DECISÃO MÉDICA

A PEDIDO ☐À REVELIA ☐

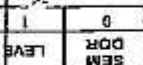
DATA: ____/____/____ às _____ hs

ÓBITO EM ____/____/____ às _____ hs

ENTREGUE À FAMÍLIA ☐INST. MÉDICO LEGAL ☐



ARUANA SEGUROS
10 JUN 2015
PS-06



UNITRAUMA E CIRURGIA GERA

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

[illegible]

• CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSÕES REPRODIDAS DO MATERIAL: REQUISIÇÃO DE EXAMES, FOLHA DE PRESENCIAÇÃO E ANEXO O BOLETIM

DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:		DATA: / / HORA:	
SAÍDA:		DATA: / / HORA:	
Decisão Médica ☐		A Revelia ☐	
Transfido para:		Transfido para:	
ÓBITO:		DATA: / / HORA:	
Entregue à família ☐		com Alestado ☐	
S.V.O. ☐		L.T.E.P. ☐	

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

Médico (Carimbo)

DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:		DATA: / / HORA:	
SAÍDA:		DATA: / / HORA:	
Decisão Médica ☐		A Revelia ☐	
Transfido para:		Transfido para:	
ÓBITO:		DATA: / / HORA:	
Entregue à família ☐		com Alestado ☐	
S.V.O. ☐		L.T.E.P. ☐	

Assinatura e Carimbo do Responsável

Dr. Renato Fernandes
Cirurgião Geral / Urologia
CRM 5121

CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Examinado na sala

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFIRME COM ORIGINAL
MAT. 113
01/11/10
Dr. Renato Fernandes

Assinatura e Carimbo do Responsável

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO

OUTROS

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAME FÍSICO

ANAMNESE

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

AL. NOW WJ.
The weather is good and warm in
STO. A-5040.
FX FOR WJ. 205 9:15 MTC (5)

EXAME FÍSICO

Dr. & Gustaf 575

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

$F_X \sim 2^\circ \text{ QDD} + 9-15^\circ \text{ MTC (2)}$

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ****

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- KOFUN 28 W, AGO 07.
- DIRM LUN.
- DIRM 10 01.0, 666.
- TMS F10 666 (P)
- à VCU.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CO: [unclear] ORIGINAL
MA: [unclear]
[unclear] 09/11/13
[unclear] [unclear]
S: [unclear] MA: IV

Dr. Leonardo S. Correa
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Coluna
R. 103/4/CRM 4547

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASS/OW	
Abertura Gloriar (AG)	
Olhos abertos espontaneamente	4
Olhos abertos ao comando verbal. (Não confunde com o despertar de uma pessoa dormindo, se avisa os membros 4, 4b, 4c e 4d)	3
Olhos só abertos por estímulo externo.	2
Olhos fechados abertos	1
Mobilizar o tronco em resposta verbal (MTRV)	
Obediência (Resposta comandando e espontaneamente a perguntas sobre seu nome, idade, onde está, o tempo, a data e etc)	5
Confusão (Resposta às perguntas completamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras incoerentes (Fala incoerente, mas sem total desorientação)	3
Sem inteligibilidade (Gargalhando sem qualquer palavra)	2
Apneia	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obediência a ordem verbais. (For ordem simples quanto for a ordenado.)	6
Obediência a ordem motora.	5
Resposta imperceptível a dor	4
Resposta fraca a dor (decoloração)	3
Resposta moderada a dor (Dermatografia)	2
Sem resposta motora.	1
Total	

** ESCALA DE TRIAGEM DO SISTEMA REVISADA - RTS		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASSOW	13-15P	=3
	8-12P	=2
	6-8P	=1
	4-5P	=0
	3P	=0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20P	=3
	>20P	=2
	<10P	=1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90	=0
	>90P	=1
	70-89P	=2
	50-70P	=3
	<50P	=4

[illegible]

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005)*

00-08 = grave (newspapers of
tributaries (moderate));
09-1 = moderate;
14-15 = low

* References: TEASDALE G. JENNET, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974, 2:81-04

** A espécie proposta aplica-se a doentes com lesões e que colaboram com idade superior a 5 anos. Na Escala Olfativa, a idade de 40 anos é a que distingue a integridade da sua dor de acordo com os seguintes critérios:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
	1	2	3	4

ARUANA SEGUROS

1.0 JUN 2015

2-64

Dados do Paciente

Paciente: JANAINA TEOTONIO GONCALVES

Registro: 66928

Num. RG: 3271806

CPF: 018.157.714-37 Nascimento: 21/04/1994 19 anos Sexo: Feminino Est.Civil:Solteiro(a)

Endereço: PO JACUMIRIM DOS SACUNDOS

N.: 232

Bairro:RURAL

Cidade: SANTO ANTONIO

UF: RN

CEP:

Fone: 8499408543

Profissão:

Mãe: MARIA CICERA DE FREITAS GONCALVES

Dados do Atendimento

Num. Atendimento: 3

Entrada: 22/11/2013 13:40 Saída: 22/11/2013 13:40

Atendente: CLAUDIAF

Convênio: 46 RETORNO MENOR 30DIAS

Matrícula/CNS: 206413813140006

Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5500

Motivo:

Observação:

QUEIXA PRINCIPAL E EXAMES SUMÁRIO:

ALERGIAS MEDICAMENTOSAS:

☐

ALEGA

☐

NEGA

DIAGNÓSTICO:

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO:

Medicações e/ou Materiais usados (quando não incluídos no preço do serviço)

Código	Descrição	UND	QTD	Código	Descrição	UND	QTD
1	Alfentanil				paralela		

Código	Serviço executado

Ortopedia e Traumatologia
Cláudio P. M. M.
CRM 5500 médico

Assinatura Responsável

Cirurgia da Mão de Natal



DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO • MICROCIRURGIA • ARTROSCOPIA

Janaina T Gonçalves

Solicito

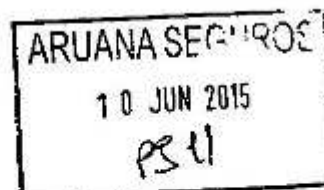
Fisioterapia

HD: POp capsulotomia IFP 2 QDD

- ADM total **sem restrição**
- analgesia – tens, calor
- massagem
- Drenagem

Dr Hélio R P Garcia
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5500



5133.4200



SUS - RN

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ Município: _____
PACIENTE: Jansina T. Gonçalves Prontuário: _____
Endereço: _____
Idade: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Ocupação: _____
Nome do Responsável: _____

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico: Trauma de mãos D e S com 2
curios avaliados com fratura
de mãos
Resultado dos Exames: RX
Tratamento já Realizado: _____
Impressão Diagnóstica: Calosidades vicina de mãos CID: _____
Dr. Adriano Melo Pereira
Cirurgião de Mão
Ortopedia e Traumatologia
Médico: _____ CRM: _____ DATA: 28/10/13

AGENDAMENTO

Encaminhamento para a Especialidade CIRURGIA DA MÃO
Consulta marcada para a Unidade HOSPITAL MEMORIAL Município: _____
Para o Dr. _____ às _____ horas do dia ____/____/____

SUS - RN

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referenciada: _____ Município: _____
PACIENTE: _____ Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: _____
Resultado dos Exames Realizados: _____
Diagnóstico: _____ CID: _____
Conduta: _____
Observações: _____
Médico: _____ CRM: _____ DATA: ____/____/____

ARUANA SEGUROS
10 JUN 2015
P312



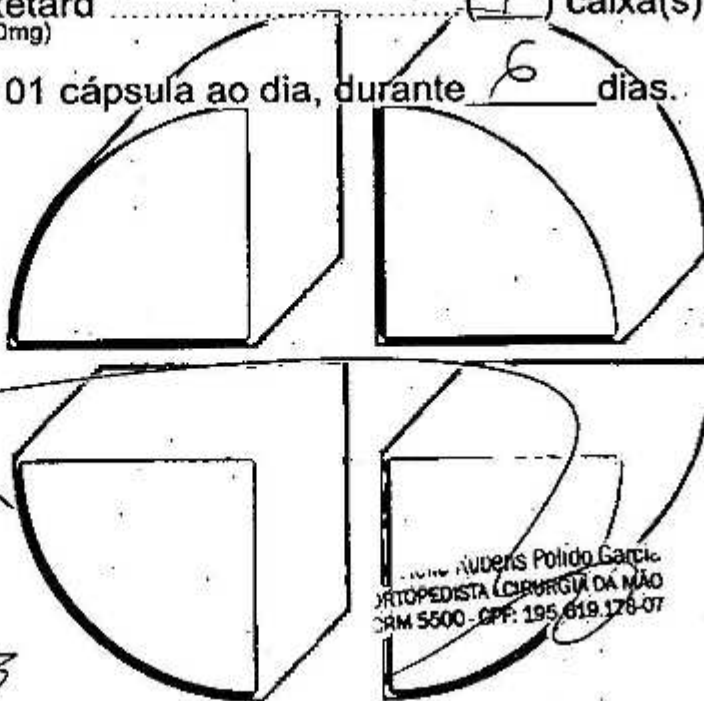
Nome: Tatiana Azevedo

uso interno

ARFLEX Retard
(nimesulida 200mg)

(1) caixa(s)

Tomar 01 cápsula ao dia, durante 6 dias.



13/10/13

Dr. Audez Polido Garcia
ORTOPEDISTA (CIRURGIA DA MÃO)
CRM 5500 - CPF: 195.619.178-07

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fone: (84) 3133.4200 - CEP 59022-020 - Tirol - Natal/RN

ARUANA SEGUROS

10 JUN 2015

1313



Nome: Janeira Souza

uso interno

DEOCIL SL 10mg (2) caixa(s)

Tomar 01 comprimido, 3 vez(es) ao dia,
durante dias.

sentido da língua

13/11/13

Italo Rubens Polido Garcia
ORTOPEDISTA - CIRURGIA DA MÃO
CRM 5500 - CPF: 195.619.178-07
Italo Rubens Polido Garcia
ORTOPEDISTA - CIRURGIA DA MÃO
CRM 5500 - CPF: 195.619.178-07

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fone: (84) 3133.4200 - CEP 59022-020 - Tirol - Natal/RN

ARUANA SEGUROS

10 JUN 2015

1914



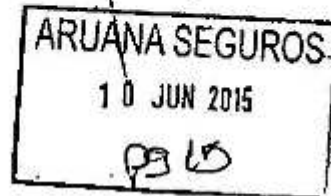
Nome: Tatiana Cavalcanti

uso interno

ARFLEX Retard
(nimesulida 200mg)

..... (1) caixa(s)

Tomar 01 cápsula ao dia, durante 6 dias.



Dr. Rubens Polido Garcke
ORTOPEDISTA - CIRURGIA DA MÃO
CRM 5500 - CPF: 195.619.178-07

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fone: (84) 3133.4200 - CEP 59022-020 - Tirol - Natal/RN



Nome: Tatiana Cavalcanti

uso interno

DEOCIL SL 10mg

..... (2) caixa(s)

Tomar 01 comprimido, 3 vez(es) ao dia,
durante 3 dias.

sentindo da língua

13/15/13

Dr. Rubens Polido Garcke
ORTOPEDISTA - CIRURGIA DA MÃO
CRM 5500 - CPF: 195.619.178-07

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fone: (84) 3133.4200 - CEP 59022-020 - Tirol - Natal/RN



ARUANA SEGUROS
10 JUN 2015
pg 16

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPEUTICO

Declaro para os devidos fins que a paciente JANAÍNA TEOTÔNIO GONÇALVES, 21 anos, foi vítima de acidente com motocicleta em 26/12/2011.

Inspeção:

- Limitação para os movimentos da mão direita (flexão, extensão e desvio radial);
- Limitação dos movimentos da mão direita (flexão e extensão)

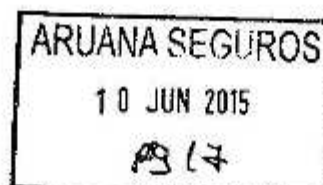
SANTO ANTONIO-RN, 14/05/2015.

Elianto Francisco de Lima

Elianto Francisco de Lima

FISIOTERAPEUTA

CREFITO 9220-LFT



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 003.271.806

DATA DE EXPEDIÇÃO 09/09/2010

NOME

JANAINA TROTONIO GONCALVES

FILIAÇÃO

MANOEL TROTONIO GONCALVES

MARIA CICERA DE FREITAS GONCALVES

NATURALIDADE

SEBRINHA RN

DATA DE NASCIMENTO

21/04/1994

DOC. ORIGEM CERT. DE NASCIMENTO L-A16 F-278 RG-12337

SANTO ANTONIO - RN-2 CARTORIO

CPF 018.157.714-37

1a. VIA

Janaina
CONTINUA EM OUTRA FOLHA
ANEXO 1

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



Janaina Trotonio Goncalves

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTO 3 1545



ARUANA SEGUROS

10 JUN 2015

pg 18