

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

17/10/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00321-2

CONTA: 000000081880-1

Nr. Autenticação

BRDESCO1710201605000000000023700321000000081880708750 PAGO

Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2016

Carta nº: 9706714

A/C: FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA

Sinistro: 3160551855 ASL-1055275/16
Vitima: FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA
Data Acidente: 05/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: TACIO EWERTON DA SILVA

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



Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2016

Carta nº: 9715367

A/C: FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA

Sinistro: 3160551855 ASL-1055275/16
Vítima: FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA
Data Acidente: 05/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: TACIO EWERTON DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2016

Carta nº: 9840533

A/C: FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA

Sinistro: 3160551855 ASL-1055275/16
Vítima: FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA
Data Acidente: 05/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: TACIO EWERTON DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2016

Carta nº: 9893993

A/C: FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA

Sinistro: 3160551855 ASL-1055275/16
Vítima: FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA
Data Acidente: 05/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: TACIO EWERTON DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 237

Agência: 000000321-2

Conta: 000000081880-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-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, FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA

PORTADOR(A) DO RG Nº 945574 EXPEDIDO POR DETRAN/RN EM 17/07/12 E

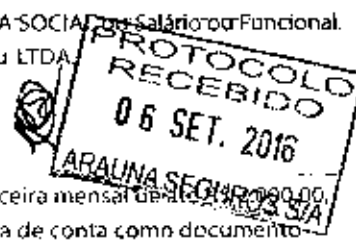
CPF 624297384-5 /CNPI 000000000-0000-00 PROFISSÃO RECUSCU

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSCU (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCIVALDO DA S. BARBOSA. 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 aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 100,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- 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;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



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.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0321-2 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 818801-1

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.

NATAL 01 de AGOSTO de 2016

LOCAL E DATA

[Assinatura]
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

DOCUMENTO 1 *T1%*



- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte na data do acidente, indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente que torne impossível a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009 e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0600-0221204.

to à legislação vigente



PROTOCOLO
RECEBIDO
06 SET. 2016
ARALVA SEGUROS S/A

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Francivaldo da Silva Barbosa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Santa Helena, 2366
Quintas Natal RN CEP: 59050-130
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 975574
Data local do exame: [11/10/2016] Natal [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA DE PLATO TIBIAL A ESQUERDA.
LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE JOELHO ESQUERDO PARA FLEXÃO E EM VARO, NEUROVASCULAR
PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, ATROFIA DE MUSCULATURA DE COXA ESQUERDA, DEAMBULANDO
COM USO DE MULETAS, CLAUDICAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR A ESQUERDA, NÃO CONSEGUE FICAR
AGACHADO.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**PACIENTE FOI ATENDIDO EM HOSPITAL DE EMERGENCIA E DEPOIS ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO DEFINITIVO EM
HOSPITAL ESPECIALIZADO ONDE FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO COM A COLOCAÇÃO DE PLACA E
PARAFUSOS AO NIVEL DO PLATO TIBIAL A ESQUERDA.
Data da alta: HA APROXIMADAMENTE 4 MESES.
REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO COM A COLOCAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS, FEZ 60 SESSOES DE
FISIOTERAPIA.
Complicações: DESVIO EM VARO DE JOELHO ESQUERDO.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

INVALIDEZ ANATOMICA E FUNCIONAL AO NIVEL DE MEMBRO INFERIOR A ESQUERDA COM LIMITAÇÃO BIOMECANICA.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. URAÍ DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Endereço: RUA: ESPLANADA SILVA JARDIM, 2, RIBEIRA, NATAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016031000148

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.2 Data de Expedição: 24/02/2016 16:08:02

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 05/01/2016 16:27:00

2.3 Fato: Consumado

2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: 00

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: PETROPOLIS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: AVENIDA CAMPOS SALES

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência: PROXIMO A FABRICA DE OCULOS

2.13 Cidade: NATAL

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA

3.3 Etnia: Preta

3.5 Mãe: FRANCISCA DA SILVA BARBOSA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 62724738420

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: CHAVEIRO

3.15 Telefone(s): 84 36535762

3.17 Número: 2366

3.19 Bairro: QUINTAS

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.2 Estado civil: Divorciado(a)

3.4 Pai: DANIEL DE LIMA BARBOSA

3.6 Data de Nascimento: 10/03/1969

3.8 RG: 975574 - ITEP RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: CEARA MIRIM RN

3.14 E-Mail:

3.16 Logradouro: RUA SANTA HELENA

3.18 CEP:

3.20 Cidade: NATAL

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

DOCUMENTO 1 *196*



5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: 9C2KC1650ER010809

7.1.5 Placa: QWB6559

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Categoria: Particular

7.1.11 Ano do Modelo: 2013

7.1.13 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.15 Nota Fiscal:

7.1.17 Nome do proprietário: FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA

7.1.19 Nome do condutor: FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA

7.1.20 Observações: CNH CONDUTOR 02351657924 VAL 16/07/2017

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 00582802957

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: CG150 TITAN

7.1.10 Combustível: Alcool-Gasol

7.1.12 Ano de Fabricação: 2013

7.1.14 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.16 Número do Motor:

7.1.18 Vínculo com a

Ocorrência:



8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE/VÍTIMA INFORMA QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA NA SUA FAIXA QUANDO UM OUTRO VEICULO-MOTOCICLETA FOI FAZER UMA ULTRAPASSAGEM, TOCOU EM SEU GUIDÃO, O DESEQUILIBRANDO, FAZENDO PERDER O CONTROLE E SOFRER UMA QUEDA. FOI SOCORRIDO PELO SAMU SOB A OCORRENCIA N° 77480/1 E LEVADO AO HOSPITAL SOFRENDO AS LESÕES DESCRITAS NO BOLETIM DE ATENDIMENTO BAA N° 150617 ORIUNDO DO HOSPITAL WILFREDO GURGEL.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO DE BOLETIM PARA FINS DE PLEITO DE SEGURO OBRIGATORIO DPVAT

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 24/02/2016 16:08:02

Interessado

Polgar direito

Atendimento: 2072122 - VANESSA MESQUITA DE OLIVEIRA

Impresso por: 2072122 - VANESSA MESQUITA DE OLIVEIRA em 24/02/2016 16:08:06

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA, portador da carteira de identidade nº 975579 e inscrito no CPF/MF sob o nº 627294384-20, residente e domiciliado na R. SANTA HELENA, Nº 2066 - QUINTAS, Cidade NATAL, Estado RN, 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
- (X) 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.

DOCUMENTO 3 *T3%*



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



NATAL, 01-09-2016

Local e data



Prefeitura Municipal do Natal

A nossa cidade

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 NATAL

DECLARAÇÃO

DOCUMENTO 2 *T2*



Declaramos para os devidos fins que **FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA** foi vítima de colisão moto x moto no dia 05/01/2016, aproximadamente às 16h27min, na Avenida Campos Sales, Bairro Petrópolis, nesta cidade. Tendo sido atendido pelo SAMU 192 Natal, sob nº de ocorrência 77480/1, onde foram realizados os procedimentos de praxe pela equipe de plantão e removido para o Hospital Walfredo Gurgel.

Natal, 22 de fevereiro de 2016.


Alfredo Galvão da Silva Júnior
Coordenador Administrativo do SAMU 192 Natal
Matrícula 44.986-5



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 77480/1

Data: 05/01/2016

CHAMADO

TARM: BRIANE KRUMMENAUER PAHIM
Rádio Operador: KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA
Equipe Enfermagem Cena:

Médico Regulação: BERNARDO DE LIMA SIQUEIRA

Médico Cena: BERNARDO DE LIMA SIQUEIRA

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: ANDSON ANGELO CRUZ BATISTA - CONDUTOR DE
VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
GEORGIA FERREIRA ROCHA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

VTR: USB 06 (UPA ESPERANÇA)

☒ Regulação
Médica☐ Trote☐ Informação☐ Engano☐ Queda da
ligação☐ Sem Médico☐ Transf./Intimação☐ Eletivo

Cidade: NATAL

Nome do Solidante: ANTONIO

Telefone: (84) 99881-3386

Nome do Paciente:

FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA

Idade: *

46 AND(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas

Latitude: -5.7888881 Longitude: -35.20034



Endereço: AVENIDA CAMPOS SALES

Nº: VP

Bairro: PETRÓPOLIS

Outro Bairro:

Referência/Complemento: CZ COM O MOSSORÓ// PX A FABRICA DO OCULOS// PX AO BANCO SANTADER

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WOLFREDO GURGEL

Queixa Paciente: COLISÃO MOTO X MOTO

Quem Solicitou: O Próprio

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

05/01/2016 16:31:51 - Dr(a). BERNARDO DE LIMA SIQUEIRA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: PACIENTE É QUEM FALA AO TELEFONE: CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO. NEGA TCE, CEFALÉIA, CERVICALGIA, PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E GRANDES SANGRAMENTOS. USAVA CAPACETE. QUEIXA DE DOR EM JOELHO. AFIRMA NÃO TER MEIOS DE PROCURAR ATENDIMENTO.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERDE

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 1

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO

Apoio:



PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
05/01/2016
16:27:19

Regulação Médica:
05/01/2016
16:31:51

Solicitação VTR:
05/01/2016
17:28:04

Saída VTR:
05/01/2016
17:28:37

Chegada Local:
05/01/2016
17:51:04

Saída Local:
05/01/2016
18:03:27

Chegada Destino:
05/01/2016
18:25:27

Liberação Destino:
05/01/2016
18:25:28

Liberação VTR:
05/01/2016
18:25:31



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA

RG nº 945544, data de expedição 17/03/12, Órgão DETRAN/RN

CPF nº 627297384-20 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:

DOCUMENTO 2 "T2"



Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA SANTA HELENA</u>
Número	<u>2366</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>QUINTAS</u>
Cidade	<u>NATAL</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59050-130</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 98883-1857 (84) 999211-1102</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: NATAL, 01-09-2016

Assinatura do Declarante:



REMETENTE

046973

INSS

AG DA PREVIDENCIA SOCIAL NATAL-NAZARE
AV CORONEL ESTEVAM, N. 3529
NOSSA SENHORA DE
NATAL - RN
59062-200

☐ MUDOU-SE

☐ RECUSADO

☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO
PORTEIRO/SÍNDICO

☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE

☐ NÃO PROCURADO

☐

☐ NÃO EXISTE O NÚMERO
INDICADO

☐ AUSENTE

☐ DESCONHECIDO

☐ FALECIDO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:

EM:

RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM: CON39A



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



000956



FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA
SANTA HELENA 2366
QUINTAS
NATAL RN
59050-130



5013196987404320000004642630080316

**PREVIDÊNCIA SOCIAL**

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

CARTA DE CONCESSÃO / MEMÓRIA DE CÁLCULO

06/1997	153,99	4,2114	648,51*	05/1997	153,99	4,2240	650,46*	04/1997	154,00	4,2489	654,34*
03/1997	154,00	4,2982	661,93*	02/1997	154,00	4,3163	664,71*	01/1997	154,00	4,3865	675,21*
12/1996	154,00	4,4230	681,15*	11/1996	154,00	4,4354	683,06*	10/1996	205,36	4,4452	912,87*
09/1996	154,00	4,4510	685,45*	08/1996	154,00	4,4511	685,46*	07/1996	154,00	4,4997	692,95*
06/1996	154,00	4,5546	701,40*	05/1996	154,00	4,6311	713,19*	04/1996	125,00	4,6635	582,94
03/1996	125,00	4,6770	584,63	02/1996	125,00	4,7102	588,78	01/1996	125,00	4,7790	597,38
12/1995	125,00	4,8578	607,23	11/1995	140,62	4,9312	693,43*	10/1995	125,00	5,0002	625,03
12/1994	89,99	5,9303	533,67	11/1994	89,99	6,1242	551,12	10/1994	89,99	6,2382	561,37
09/1994	78,00	6,3324	493,92	08/1994	78,00	6,6781	520,89	07/1994	78,00	7,0841	552,56

* SALÁRIOS UTILIZADOS PARA CÁLCULO DA MÉDIA

TOTAL DOS SALÁRIOS CONTRIBUIÇÃO CORRIGIDOS	95.354,81	DIVIDIDO POR 124
SALÁRIO DE BENEFÍCIO (880,00)		SALÁRIO MÍNIMO
TEMPO DE SERVIÇO : 17 GRUPOS DE 12 CONTRIBUIÇÕES		
REND. MENSAL INICIAL (EM: R\$) (880,00 X 0,910)		880,00

*** NÃO HOUVE GERAÇÃO DE CRÉDITOS ATRASADOS DE ANO ANTERIOR ***

DISCRIMINATIVO DE CRÉDITOS DE ATRASADOS (VALORES EXPRESSOS EM REAL)

DATAS: REGUL. DOCUMENTAÇÃO 06/01/2016 INÍCIO PAGAMENTO 05/01/2016

01/2016	REND. MENSAL	762,66			LIQUIDO	762,66
				ADIANTAMENTO P/ARRESCONDAMENTO DO CRÉDITO		0,34
TOTAL BRUTO	763,00	DESCONTO	0,00	LIQUIDO		763,00

DISCRIMINATIVO DE CRÉDITOS DO MÊS

02/2016	REND. MENSAL	880,00				
TOTAL BRUTO	880,00	DESCONTO	0,00	LIQUIDO		880,00

OBS: E DE 10 (DEZ) ANOS O PRAZO PARA REVISÃO DO ATO DE CONCESSÃO, CONFORME LEI 8213/91 ART 103.

(*) Renda Mensal proporcional ao período de 05/01/2016 a 31/01/2016

(*) Renda Mensal proporcional ao período de 01/06/2016 a 01/06/2016

ESCLARECEMOS QUE O SALÁRIO-DE-BENEFÍCIO CALCULADO RESULTOU EM VALOR INFERIOR AO VALOR DE UM SALÁRIO MÍNIMO VIGENTE NA DATA DO INÍCIO DO BENEFÍCIO, SENDO O MESMO REAJUSTADO PARA O MÍNIMO NA FORMA DO PARÁGRAFO 2 DO ART 29 DA LEI 8213/91

A Previdência Social informa que o(a) segurado (a) em auxílio doença que retornar voluntariamente a mesma atividade, poderá ter seu auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6 e 7 do art. 60 da Lei n. 8213/91, com redação dada pela Lei n. 13135/15.

Prezado beneficiário,

O pagamento dos benefícios previdenciários e assistenciais é realizado por intermédio de instituições financeiras contratadas pelo INSS.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, TACIO EWERTON DA SILVA

RG nº 002369633, data de expedição 30/12/13, Órgão ITEP/RN

CPF nº 072.543.534-83 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>RUA SHALOM</u>
Número	<u>566</u>
Apto / Complemento	<u>CS - B LOT NOVO HORIZONTE</u>
Bairro	<u>PA JUCARA</u>
Cidade	<u>NATAL</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59125-310</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 988831857 (84) 992131102</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Natal, 06/09/2016

Assinatura do Declarante:

Tacio Ewerton da Silva



DOCUMENTO 1 *T196*





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu TACIO EWERTON DA SILVA, portador(a) do

RG nº 002369633, expedido por ITEP IRV, em

30/12/13, CPF/CNPJ nº 042.543.534-83,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) FRANCIVALDO

DA SILVA BARBOSA do sinistro de DPVAT da natureza JUVALIDEZ

da vítima FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA, e conforme

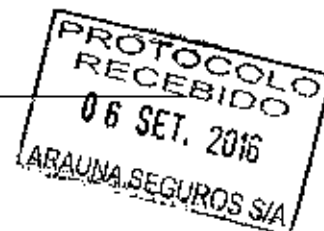
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECURSOU - SE Renda Mensal: R\$ RECURSOU - SE

Documentos comprobatórios: _____

Tacio Ewerton da Silva

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





NOTA FISCAL - FACTURA - CONTA DE EXERCÍCIOS LÍQUIDA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 102, Bairro. Natal, Rio Grande do Norte - CEP 54025-250
CNPJ 08.324.168/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.coen.com.br

JACOB DO CARVALHO
MORAES, JACOB DO CARVALHO, RAÚL SANTOS

REFLEXO DA UNIDADE COM UNIDADE A
HORIZONTE

CPF 3171521604-87 *

PAJUCARA/TEA URBANA
NATAL RN
59125-310

CLASSIFICAÇÃO
ET RESERVAÇÃO
REGIONAL
MONTADO

CONFIDENTIAL
701040610E-3 06/20/10

DATE: 11/23/2011 11:23 AM

DATA DELIVERED UNTIL 06/07/2016 + 25/07/2016

APRESENTACAO (3) DO CLIENTE : (25) DO CASO

TOTAL A. PRIZAM (PL)	38.32
----------------------	-------

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

Consuming Activity	Quantity	Rate	Amount
Multiple use of NE 001702483 - 2504/18	85,000,000	0.5321415	34,193,987.50
Multiple use of NE 001702493 - 2504/18			1,000,000.00

二、[1] 白鹿 [2] 鹿 [3] 鹿

5.7.7

***ଉତ୍ତମ ଶିକ୍ଷାଗ୍ରାହୀଙ୍କୁ ଶ୍ରଦ୍ଧା ପୁରସ୍କାର**

RF DO	TWO DA	ANTENNA		ATUAL		RF DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (WATT)
RECEBER	EMITIR	DATA	LESTRA	DATA	LESTRA	DATA			
		2306201	13001	2306201	13001	2306201	1,0000		64,00

INSTRUMENTAL DE CONTINUAÇÃO

[illegible]

PHOTOGRAPHY OF THE TEMPLATES

[illegible]

computer to document

	1997	1998
Geography: Europe	39.22	37.95
North America	0.98	1.09
Geography: U.S. (CAGR %)	8.33	21.04
Europe: Germany	4.26	13.12
France	2.28	9.56
Italy	14.68	18.85

Date: Jan 2, 1994/1994/

↑ 与皮特·赫德、杰里·IC、杰夫·赫德

10/2/2011

**PROTOCOLO
RECEBIDO**
06 SET-2018
15:59:07 C.E.S. - 08521010101A D
ARAUNA SEGUROS S/A

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

ATENÇÃO! A COSER NOTIFICA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO

Yearly PEPS* \$	Yearly PEPS* \$	Yearly PEPS* \$	Yearly PEPS* \$	Yearly PEPS* \$	Yearly PEPS* \$
1990	1991	1992	1993	1994	1995

Il risultato è una pagina sempre più densa di informazioni, che vengono tuttavia filtrate per essere più comprensibili, come si può vedere dalla pagina 10 del libro, dove sono elencate le principali iniziative di ricerca e sviluppo in corso in Italia e all'estero, con un'attenzione particolare alle attività di ricerca e sviluppo in corso in Italia e all'estero.

Abstracts of papers presented at the 1994 Annual Meeting of the American Society for the Advancement of Science, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671,

⁴ DUNAGLO E SRI LANKA GAS LIMITED

DO NOT WRITE	UNITS RECEIVED	UNITS RECEIVED	UNITS RECEIVED	UNITS RECEIVED
ONE	1.57	1.57	1.57	1.57
TWO	1.00	1.00	1.00	1.00
THREE	1.00	1.00	1.00	1.00

Leitura Obrigatória: 12-13 EUSC - Valor em função da distribuição de probabilidade de Distribuição de 12-13

ਅੰਮ੍ਰਿਤਸਰ ਟੈਕਸਟ

TENSÃO NOMINAL (V)	SARTE DE VARIAÇÃO (%)	
	antes	depois
270	70	60

THEORY

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGELCNES
2653923NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE
FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSANº DO PRONTUÁRIO
1010652CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
704002895839961DATA DE NASCIMENTO
10/03/1969SEXO
MASCULINORAÇA/COR
PARDO

ETNIA

NOME DA MÃE
FRANCISCA DA SILVA BARBOSADDD TELEFONE DE CONTATO
(84) 3212-2744

RESPONSÁVEL

DDD TELEFONE DE CONTATO

ENDEREÇO (LOGRADOURO, Nº, COMPLEMENTO)
POV. VILA DE NAZARE. 29. ZON RURAL.BAIRRO
CENTROMUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA
CEARÁ-MIRIMUF
RNCEP
59570-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FERRERRE COM ORIGINAL
NATA. 22.07.2010RECEBIDO
05/05/2016
PUNTO 10/2016

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

PRINC. DOCUMENTO 4 'T4%

ADOS

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

CLÍNICA
OBSERVAÇÃO 2

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

DOCUMENTO
() CNS () CPF

Nº DOCUMENTO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
JOSIVAN FERREIRA NUNESDATA DA SOLICITAÇÃO
05/01/2016 19:57

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

ACIDENTE

- () TRÂNSITO
() TRABALHO TÍPICO
() TRABALHO TRAJETO

CNPJ DA SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ EMPRESA

CNAE DA EMPRESA

CBOR

VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

- () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DOCUMENTO
() CNS () CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

04.08050500(5)
5822

OBS = 2 984 05.01.16

0208040019 (2)

MINISTÉRIO DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

LEITO Nº

MÉDICO

UNIDADE HOSPITALAR

CNPJ 08.241.754/0102-99

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO DR. CLÓVIS SARINHO

PACIENTE

NOME DO PACIENTE

ENDEREÇO (RUA + Nº + BAIRRO)

MUNICÍPIO

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

MASC. FEM.

NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

ASSINATURA DO DIRETOR CLÍNICO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CID INTERN

DATA EMISSÃO

ASSINATURA DO AUDITOR

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE

1 - ACIDENTE DE TRABALHO

4 - AGRESSÃO

2 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

5 - TENTATIVA DE SUICÍDIO

3 - TENTATIVA DE HOMICÍDIO

6 - OUTROS ACIDENTES

EM CASO DE ACIDENTE DE TRABALHO

Nº DA CARTERA DO TRABALHO

CNPJ DO EMPREGADOR

EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

CNPJ DA SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CAUSA EXTERNA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de
queda moto - motor
com fratura plav. - 4.4.11

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

+ Tratamento Cirúrgico

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

E, F + RAX - X

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura plav. - tibia (ES)

PROCEDIMENTO SOLICITADO (POR EXTENSO)

Fratura plav. - tibia (ES)

CLÍNICA

CIRÚRGICA

OBSTÉTRICA

MÉDICA

1

2

3

FISIOPNEUMOL

PSIQUIATRIA

PEDIATRIA

OUTRA

4

5

6

7

ASSINATURA DO MÉDICO

CRM

DATA

Dr. Josivan F. Nunes
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RN 5783



GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

EXEMPLAR COM ORGÃO
NATALIA 22/02/2016

FICHA DE ACOMPANHAMENTO SOCIAL

Enfermaria: ORTOPEDIA Leito: _____
UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 05 / 01 / 16
Alto: 1 / 1

1. Identificação

Nome: Francinaldo da Silva Barbosa Naturalidade: Ceará mirim - R1
Idade: 46 anos Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 10 / 03 / 1969
RG: 975574 Estado Civil: solteiro Nível de Instrução: _____
FILIAÇÃO: PAI: Daniel de Loure Barbosa
MÃE: Francisca da Silva Barbosa
Endereço: Povoado Vila de Nazare - 29 - Eletro - Cidade: CEARÁ MIRIM
Telefone: (032) 2744 ☐ Residencial ☐ Trabalho ☐ Recado
Contato: Do trabalho do paciente Outros telefones: _____
Responsável pelo paciente: Mrs Maria da S. Barbosa Parentesco: irmão
Endereço do Responsável: Rua Santa Helena - 236B - Bumbas - Natal

2. Situação Ocupacional do Paciente e Vinculação Previdenciária

Atividade que desenvolve: Micro empresário 9882-1509 (Mrs Mar (irmão)
Trabalha com vínculo empregatício ☐ Sim ☐ Não
Aposentado ☐ Sim ☐ Não - Benefício da LOAS ☐ Sim ☐ Não Renda: _____
Composição familiar: Paciente reside sozinho

3. Forma de Acesso ao Serviço:

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública
() ENCAMINHADO: Hospital de origem: SAMU RN. (Natal)
Médico: _____



4. Paciente encontra-se nos requisitos para ter acompanhamento?

Em caso positivo, qual o motivo? ☐ Sim ☐ Não

5. Evolução (Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente da ortopedia. Vitima de colisões motor
com moto. Apresentando fraturas de fêmur (e)
Reside sozinho. Separado da companhia
trabalha a fabricação de carimbos e chaves.
Solicitado Xerox dos documentos



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

72



PACIENTE	FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA		
DATA DE ENTRADA	05/01/2016	HORA	18:17
IDADE	46	SEXO	M
CARTÃO SUS	ESTADO CIVIL Casado(a)		
CPF	627.247.384-20	RG	975574 - SSP RN
NOME DA MÃE	FRANCISCA DA SILVA BARBOSA		
NOME DO PAI	DANIEL DE LIMA BARBOSA		
NASCIMENTO	10/03/1969	NATURALIDADE	Ceará-Mirim-RN
TELEFONE	(84) 3212-2744	PROFISSÃO	Autônomo
RUA/AV.	POV. VILA DE NAZARE	Nº	29
COMPLEMENTO	ZON RURAL	BAIRRO	Centro
CEP	59570-000	CIDADE	Ceará-Mirim-RN
ORIGEM	Ambulância - SAMU	MOTIVO	Acidente de Trânsito / Moto - Moto
ACID. DE TRABALHO	Não	USUÁRIO	Josilma

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente em veículo de colisão moto-moto (era piloto e estava exposto para ser retirado pelo proprietário). Nega ~~qual~~ perda de consciência, náuseas e vômitos.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Vias aéreas livres

B Exame em ambiente. MM em AHT, SRA

C Estado hemodinamicamente

D Glorioso

E Escarificadas em um dente e ferida profunda

OUTRAS OBSERVAÇÕES Dor em membros D e membros E.

- ABD: flexão, inchaço a palpável.

- Pulso radial e inchaço

RTS-X

Realizado: 05/01/2016

Técnico: [Assinatura]

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL eceliso moto-moto	CID
---	------------

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

CONFIRME COM ORIGINAL
NATAL

SEC

A (ALERGIAS):

nupo

M (MEDICAÇÃO EM USO):

nupo

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

nupo

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL):

atualizado

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

① Rx tórax AP+P

② Rtoelho exposto AP+P

③ Rx mão direita AP+oblique

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

① Voltante 5mg (im)

Alysson G. Lustosa
Médico
CRM 6582

1. A dor no punho de
preservação e lesão
do. Se a lesão
for a lesão
do punho
do punho.

1. Alta da lesão

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: ORTOPEdia

HORA: 5/11/16

DATA: 19:30

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

MÉDICO (Carimbo)

PARECERES

ANAMNESE

POCETE com
Fratura de PLATO TIBIAL

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

FRAT. PLATO TIBIAL

EXAMES COMPLEMENTARES (OUTROS EXAMES)

LABORATÓRIO

OUTROS

CONSULTA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

(1) INTERAMNIO

(2) TALA NEURO-PODALICA

10/02/2016

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLINICA: ORTOPEDIA DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐À Revolta ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐ITEP ☐

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLINICA: DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐À Revolta ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐ITEP ☐



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Salinho

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 898 0000 3777 9526	8 - DATA DE NASCIMENTO 10-03-1969	9 - SEXO MASC	MASCULINO ☒ FEMININO ☐
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Francisca da Silva Barbosa		11 - TELEFONE DE CONTATO 3212 2744 3653 5762	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) Rua Vitor da Nazareth		13 - MUNICÍPIO Ceará-Mirim	
14 - BAIRRO Caribe		15 - UF RN	16 - CEP
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS paciente vítima de queda TIBIAL ESQ.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Tratamento Cirúrgico			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) E Rx Rodo-X			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura Tibial	21 - CID INICIAL S82.2	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO OSTEOSSÍNTese de Fratura Tibial	25 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			29 - DT SOLICITAÇÃO 05/09/16
			30 - CNS / CPF
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
32 - () ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	39 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL			
42 - CID SECUNDÁRIO			
43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PRDF, AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.		
48 - CNS / CPF	52		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

ORTOPEDIA X	CLÍNICA CIRÚRGICA	CLÍNICA MÉDICA	CLÍNICA PEDIÁTRICA
----------------	-------------------	----------------	--------------------

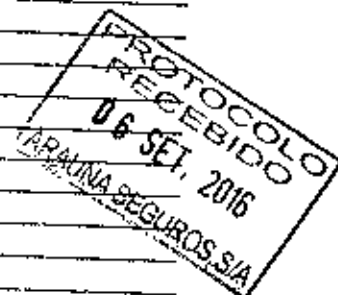
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
DATA 13/01/2016	HORA 17:57	142404
PACIENTE FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA	CATEGORIA	GIH
ESTADO CIVIL SOLTEIRO	PROFISSÃO COMERCIANTE	DATA DE NASCIMENTO 10/03/1969
ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA SANTA HELENA Nº 2356		
MUNICÍPIO NATAL	BAIRRO QUINTAS	UF RN
LOCAL DE TRABALHO XX	CEP 53050130	TELEFONE
FILIAÇÃO FRANCISCA DA SILVA BARBOSA E DANIEL DE LIMA BARBOSA		
RESPONSÁVEL JOÃO MARIA DA SILVA BARBOSA		TELEFONE 06535762
ENDEREÇO O MESMO		

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO 13/01/2016 ALTA 25/01/2016 ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	Identificação do Estabelecimento de Saúde	Assinatura de [illegible]
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	Assinatura de [illegible]
5- RACIÃO	Identificação	Assinatura de [illegible]

5- PACIENTE		Identificação do Paciente		10- RAC/COR	
FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA				P	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS		8- DATA DE NASCIMENTO		9- NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
898000037779526		10/03/1968		142404	
11- NOME DA MÃE		8- SEXO		10- RAC/COR	
FRANCISCA DA SILVA BARBOSA		MASCULINO (X) FEMININO ()		P	
13- NOME DO RESPONSÁVEL		12- TELEFONE DE CONTATO			
JOÃO MARIA DA SILVA BARBOSA		983.171.509			
15- ENDEREÇO (RUA, Nº)		14- TELEFONE DE CONTATO			
RUA SANTA HELENA Nº 2366		38.535.762			
16- MUNICÍPIO		17- BAIRRO		18- UF	
NATAL		QUINTAS		RN	
19- CEP		20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS			
59050130					

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	Justificativa de internação	69050130
<i>paciente com dor, febre e</i>		

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS):

23- DIAGNOSTICO INICIAL: *Problema de*

24- CID 10 PRINCIPAL: *F10.1*

25- CID 10 SECUND:

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

27- OBSERCAO:

28- OBSERVACAO:

29- OBSERVACAO:

30- OBSERVACAO:

31- OBSERVACAO:

32- OBSERVACAO:

33- OBSERVACAO:

34- OBSERVACAO:

35- OBSERVACAO:

36- OBSERVACAO:

37- OBSERVACAO:

38- OBSERVACAO:

39- OBSERVACAO:

40- OBSERVACAO:

41- OBSERVACAO:

42- OBSERVACAO:

43- OBSERVACAO:

44- OBSERVACAO:

45- OBSERVACAO:

46- OBSERVACAO:

47- OBSERVACAO:

48- OBSERVACAO:

49- OBSERVACAO:

50- OBSERVACAO:

51- OBSERVACAO:

52- OBSERVACAO:

53- OBSERVACAO:

54- OBSERVACAO:

55- OBSERVACAO:

56- OBSERVACAO:

57- OBSERVACAO:

58- OBSERVACAO:

59- OBSERVACAO:

60- OBSERVACAO:

61- OBSERVACAO:

62- OBSERVACAO:

63- OBSERVACAO:

64- OBSERVACAO:

65- OBSERVACAO:

66- OBSERVACAO:

67- OBSERVACAO:

68- OBSERVACAO:

69- OBSERVACAO:

70- OBSERVACAO:

71- OBSERVACAO:

72- OBSERVACAO:

73- OBSERVACAO:

74- OBSERVACAO:

75- OBSERVACAO:

76- OBSERVACAO:

77- OBSERVACAO:

78- OBSERVACAO:

79- OBSERVACAO:

80- OBSERVACAO:

81- OBSERVACAO:

82- OBSERVACAO:

83- OBSERVACAO:

84- OBSERVACAO:

85- OBSERVACAO:

86- OBSERVACAO:

87- OBSERVACAO:

88- OBSERVACAO:

89- OBSERVACAO:

90- OBSERVACAO:

91- OBSERVACAO:

92- OBSERVACAO:

93- OBSERVACAO:

94- OBSERVACAO:

95- OBSERVACAO:

96- OBSERVACAO:

97- OBSERVACAO:

98- OBSERVACAO:

99- OBSERVACAO:

100- OBSERVACAO:

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>1. Trat. de emergência</i>		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () ORS () CPA	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>20200000000000000000</i>
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO <i>13/1/16</i>	35- ASSINATURA E CASSINHO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO <i>ROBERTO CARLOS</i> CRM 1525 - SEQT 1341	

Preencher em caso de causas graves de saúde

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

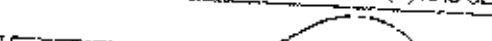
36- () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO VEÍCULO	41- SÉRIE
37- () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- GBOR
38- () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			

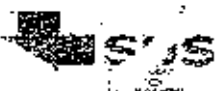
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

Autorização

6- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47- COD. ORGÃO EMISSOR		52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
7- DOCUMENTO () CNS () CPF		48- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
8- DATA DA AUTORIZAÇÃO		51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			



Sistema
Único de
Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3615168
PARNAMIRIM - RN

500

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 58 - ORT

SERVIDOR RESPONSÁVEL (P&A)

GÉZIA

MATRICULA

97.308-4

DATA

13/01/2016

HORA

15:36

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE				MASCULINO		FEMININO	
FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA				MASCULINO			
NACIONALIDADE	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	RELIGIÃO	RAÇA/COR			
BRASILEIRO	10/03/1969	47	CATOLICA	PARDA			
ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	TELEFONE				
ENSINO FUNDAMENTAL	SOLTEIRO	COMERCIANTE	98817-1509				
NOME DA MÃE	NOME DO PAI						
FRANCISCA DA SILVA BARBOSA	DANIEL DE LIMA BARBOSA						
CPF	RG	ORG. EXP.	UF	CARTÃO DO SUS			
027247384-20	975574	ITEP	RN	898000037779526			
ENDERECO	COMPLEMENTO						
RUA SANTA HELENA, 2368							
BÁIRRO	MUNICÍPIO	UF	CEP				
QUINTAS	NATAL	RN	55.050-130				
RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE	PARENTESCO		TELEFONE				
JOÃO MARIA DA SILVA BARBOSA	IRMÃO		3663-5762				

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO: () Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

MOTIVO:

QUEIXA PRINCIPAL:

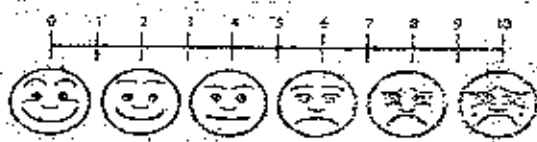
FLUXOGRAMA:

DOENÇAS PREEEXISTENTES:

PESO: ALTURA: SSVV: FC: FR: T: SO2: PA: GLUCÊMIA:

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: COREN: DATA: HORA:

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE

○ AZUL ○ VERDE ○ AMARELO ○ LARANJA ○ VERMELHO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- ☐ SALA VERMELHA
- ☐ URGÊNCIA
- ☐ ORTOPEDIA
- ☐ CONSULTA MÉDICA
- ☐ BUCCOMAXILO
- ☐ PEQUENA CIRURGIA
- ☐ ACIDENTE DE TRABALHO
- ☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
- ☐ QUEDA
- ☐ OUTROS

DATA	HORA		
Abertura Ocular	Esponânea	4	
	A voz	3	
	A dor	2	
	Memória	1	
	Orientada	0	
	Confusa		
Resposta Verbal	Palavras inapropriadas	4	
	Resposta incompreensível	3	
	Nenhuma	2	
	Pede comandos	1	
	Localiza dor	0	
Resposta Motora	Movimento de retirada	4	
	Flexão anormal	3	
	Extensão anormal	2	
	Nenhuma	1	

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente encaminhado do Hospital W. B. com fratura do fêmur e

EXAME FÍSICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Fratura do fêmur

PROTÓCOLO RECEBIDO 06 SET. 2016 ARAUJO SEGUROS SA

MARCELO OTS0794

EXAMES COMPLEMENTARES

() LABORATORIAL () RADIOLOGICO () ECO () TOMOGRAFIA () USG () OUTROS

() OUT: 5

CONDUTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

() OUTROS

DIAGNÓSTICO	
-------------	--

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA	ABERTURA DE HORÁRIO / CHECAGEM
-----------------------------	--------------------------------

ABERTURA DE HORÁRIO / CHECAGEM

La polka 5 An +
letras gesso.
~~T.C. polka~~

Tala gesso
tipo ce fundero

H. A. VOT...
TOMOCRAFTA COMITADORIZADA
EXEMPLAR: 66/ho Eca
Data: 13/01/16 Hora: 17:12
FOLICIALE: 09-Boatman South
08077

M. B. C.
0750784

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
------------------------	--

[illegible]

DESTINO DO PACIENTE	
---------------------	--

Delephina

Enciclopedia e Treccani
CAVALLI 1972 - TROT 134



Hospital

UAM.

Nº prontuário

Nome do paciente

Francisco S. Balen

Data operação

23/1/16

Ext.

Operador

Elson

2º auxiliar

3º auxiliar

Anestesiista

Carlos Elson

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Fratura da plateia (E).

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

Osteossíntese

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

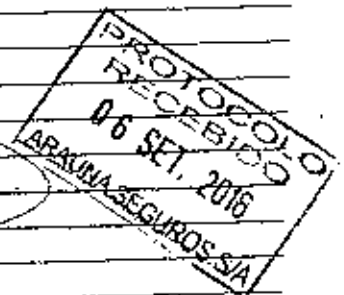
Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Incisão 2 cm na parte + grande
- 2) Amputação + sutura
- 3) Curativo
- 4) Curativo
- 5) Medicação + fixação da placa
- 6) Curativo
- 7) Sutura

Assinatura do gerente

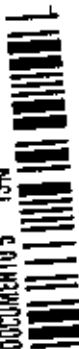
Dr. Elson Miranda
Ortopedista
CRM/RN 63011

EOT 13807

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital					Enfermagem		Leito		Nº prontuário																																																													
Nome					Idade		Sexo		Cor																																																													
Data		Pressão arterial		Pulso	Respiração	Temperatura		Peso		Outros																																																												
Tipo sanguíneo		Hemstias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia		Urela																																																															
		Urela																																																																				
Ap. respiratório						Asma		Bronquite																																																														
Ap. circulatório						Eletrocardiograma																																																																
Ap. digestivo				Dentes		Pescoço		Ap. urinário																																																														
Estado mental				Atrocidade		Corticoides		Alergia		Hipotensores																																																												
Diagnóstico pré-operatório						Estado físico		Risco																																																														
Anestésias anteriores																																																																						
Medicação pré-anestésica						Aplicada às		Efeito																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Agentes Anestésicos</th> <th>0</th> <th>10</th> <th>20</th> <th>30</th> <th>40</th> <th>50</th> <th>60</th> <th>70</th> <th>80</th> <th>90</th> <th>100</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Líquidos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Quor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anest.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P. Pulso</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>											Agentes Anestésicos	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Líquidos												Quor												Anest.												P. Pulso											
Agentes Anestésicos	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100																																																											
Líquidos																																																																						
Quor																																																																						
Anest.																																																																						
P. Pulso																																																																						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES POSICÃO Agentes Técnica Operação Cirurgiões Anestésistas Observações																																																																						
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias.																																																																						

DOCUMENTO 5 "TS44"



PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

628824608

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO CIVIL	
NOME FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA	
DOC. CIVIL/REG. / DATA / PÁG. DE 973574 1122 221	
CPF 627.247.384-20 DATA NASCIM. 10/03/1969	
FUNÇÃO DANIEL DE LIMA BARBOSA	
FRANCISCA DA SILVA BARBOSA	
PRIMEIRO	ACC. CÍVEL
AC	AC
REGISTRO	DATA
6271451921	16/07/2017
DATA	
16/10/1989	
ASSINATURA DO ASS. DOB	
LOCAL MATAL, RJ	
DATA 17/07/2012	
59770468511 R54701348608	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	

PROTOCOLO
RECEBIDO
06 SET. 2016
ARAUJA SEGUROS S/A

DOCUMENTO 3 *T34*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: TACIO EWERTON DA SILVA

DOCUMENTO / CDS / CANCELADO: 002399633 ITTP RN

CPF: 072.543.534-83 DATA NASCIMENTO: 04/01/1989

PROFISSÃO: FRANCISCO EDIVALDO DA SILVA
ELIZABETH JOANA DA SILVA

PERMISSÃO: [] AGE: [] CATEGORIA: B

1ª habilitação: 05399204352 16/01/2018 11/01/2012

Assinatura do Portador: Tacio Ewerton da Silva

LOCAL: NATAL, RN DATA EMISSÃO: 30/12/2013

89527149128 RN701602819

DET RAC - RN - GRUPO GRANDE DO NORTE

PROTOCOLO
RECEBIDO
06 SET. 2016
ARAUNA SEGUROS S/A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA

DETRAN - RN 955474152 Nº 012370284940
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 C.O. RENAVAM 00592001037 R.N.T.R.C. 2015 EXERCÍCIO 2015

NOME FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA - ME

C.P.F./C.N.P.J. 05.319.781/0001-02 PLACA 01B6559

PLACA ANT./UF 01B6559/PA CHASSI 9C2RC1650E010609

ESPÉCIE TIPO P130A/1300/1300/1300/1300 COMBUSTÍVEL ANTICOL-9300

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN S72 ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP./POT./CIL 100/140 100/140/140 CATEGORIA TRANSPORTE COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º PAGO 2º PAGO 3º PAGO

FAIXA L.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS 1000000 01 01 01

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ICF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 01/09/2015 01/09/2015 01/09/2015 01/09/2015

OBSERVAÇÕES NENHUMA

LOCAL DATA 01/09/2015

RN Nº 012370284940 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 C.P.F./C.N.P.J. 05.319.781/0001-02 PLACA 01B6559

RENAVAM 00592001037 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN S72

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014 CHASSI 9C2RC1650E010609

PRÊMIO TARIFÁRIO

RNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br



AUTENTICAÇÃO

Certifico que esta é a reprodução fiel do original que me foi apresentado a qual autentico, dou fé.

16 MAR. 2016

Tabelião Público

VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO

PROTOCOLO RECEBIDO 06 SET. 2016 ARAUNA SEGUROS S/A

DOCUMENTO 6 'T546'



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 9634/0459 Nº 012390284940
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 C.O. RENAVAM 00592802957 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2015

NOME

FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA - ME

CPF / CNPJ

05.314.781/0001-02

PLACA

QWB6559

PLACA ANT / UF

QWB6559/RN

CHASSI

9C2KC1650BR010809

ESPÉCIE TIPO

PASSEIRO / MOTOCICLETA / CAMIONETE

COMBUSTÍVEL

ALCOOL / GASOLINA

MARCA / MODELO

RENOVA/CG 150 TITAN 100

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2014

CAP / POT / CIL

150 / 15 CV / 4

CATEGORIA

ATIL / 100

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

1º 2º 3º

1º 2º 3º

1º 2º 3º

FAIXA IRVA.

102019 5%

PARCELAMENTO / COTAS

102019 5%

1º 2º 3º

1º 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

102019 5%

102019 5%

PRÊMIO TOTAL (R\$)

102019 5%

DATA DE PAGAMENTO

13/09/2015

OBSERVAÇÕES

ALICIA SILVA EN - 102019 5%

102019 5%

102019 5%

LOCAL

NATAL/RN

DATA

13/09/2015

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 012390284940 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2015

DATA EMISSÃO

28/09/2015

VIA

1

CPF / CNPJ

05.314.781/0001-02

PLACA

QWB6559

RENAVAM

00592802957

MARCA / MODELO

RENOVA/CG 150 TITAN 100

ANO FAB.

2013

CAT. TARIF.

9

Nº CHASSI

9C2KC1650BR010809

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

102019 5%

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

102019 5%

102019 5%

NOTA SEI PAO PLO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

www.seguradoralider.com.br



AUTENTICAÇÃO
 13/09/2015



7º OFÍCIO DE LICENCIAMENTO E REGISTRO DE VEÍCULOS

Nome: FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA
 CPF: 05.314.781/0001-02
 Placa: QWB6559/RN
 Chassi: 9C2KC1650BR010809
 Marca/Modelo: RENOVA/CG 150 TITAN 100
 Ano Fab: 2013
 Ano Mod: 2014
 Cor: VERMELHA
 Categoria: ATIL / 100
 Cota Única: 102019 5%
 Parcelamento: 102019 5%
 Prêmio Total: 102019 5%
 Data de Pagamento: 13/09/2015
 Local: NATAL/RN
 Data: 13/09/2015

AUTENTICAÇÃO

Certifico que esta é a reprodução fiel do original que me foi apresentado a qual autentico, dou fé.
 NATAL-RN

16 MAR. 2016

Tabellão Público

VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO

PROTOCOLO RECEBIDO
 06 SET. 2016
 ARAUNA SEGUROS S/A

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO.

O SEGURO COBERTO TODOS OS CIDADÃOS, EM TODA O TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELAS MOTORISTAS, PASSADOUROS OU PEDESTRES.

O SAC OFERECE TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE, INVALIDEZ PERMANENTE E REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMS).

O VALOR POR VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU DE RESPONSABILIDADE INDENIZAÇÃO, SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO ABASTECIDA, É EQUIVALENTE À INDENIZAÇÃO EM UM DOS PONTOS DE ATENDIMENTO AUTORIZADOS (CONSULTE-OS EM www.dpvatsegurodetransito.gov.br), SE TIVER O VÍTIMA O LUGAR PARA O SAC DPVAT 0800 021 1204.

OS VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PASSADOUROS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:

MORTE (1)	INVALIDEZ PERMANENTE (2)	DAMS (3)
R\$ 14.400,00	R\$ 12.000,00	R\$ 1.000,00

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA E CÓPIA DO DOCUMENTO DE PROVA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (VEÍCULO COM O DANO).

(2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA E LAUDO DO INSTITUTO MEDICO LEGAL DA CIDADE/ESTADO DO ACIDENTE OU DA RESIDÊNCIA DA VITIMA, COM A VERIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES, TODAS OU PARCIAIS, DE ACORDO COM O PERCENTUAL DA TABELA CONSTATANTE DO ANEXO DA LEI 6.194/1974 E ALTERAÇÕES.

(3) DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, QUE COMPROVE QUE AS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES EFETIVADAS POSSAM SER DEVIDAS DO ATENDIMENTO À VITIMA DE DANOS CORPORAIS CONSEQUENTES DE ACIDENTE ENVOLVENDO VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA, CÓPIA ORIGINAL DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, COM DESCRIMINAÇÃO DE TODAS AS DESPESAS, INCLUINDO DIÁRIAS E TAXAS, RELAÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS E, AINDA, OS EXAMES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR UNIDADE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E PROFissionais QUANDO ESTES FORAM COBRADOS DIRETAMENTE PELO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS OU RECIBOS DO HOSPITAL, ORIGINAIS, COPIANDO O PAGAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, RECIBOS DE IMPRIMTA EMITIDOS EM NOME DA VITIMA, OU COMPROVANTES DO PAGAMENTO A CADA MÉDICO OU PROFISSIONAL, CONSTATANDO DATA, ASSINATURA, CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO, NÚMERO DO CRL, NÚMERO DO CIP OU CNPJ E A ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO EXECUTADO, COM A DATA EM QUE FOI PRESTADO O ATENDIMENTO E CÓPIA DO LAUDO ANATOMOPATOLOGICO DA LESÃO E DOS EXAMES REALIZADOS EM DÉAL, MANOCHOUVER.

O PODEM SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, NOS TERMOS DO ANEXO A RESOLUÇÃO CASP Nº 273/2012.

IMPORTANTE:

NÃO É NECESSÁRIO ADVOGADO, DESPACHANTE OU QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA DAR ENTRADA NO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O ANDAMENTO DO PROCESSO.

O REEMBOLSO DE DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES, ESTÁ LIMITADO A VALORES DEFINIDOS EM TABELA QUE ATENDE AOS REQUISITOS DO ART. 150-A RESOLUÇÃO CASP Nº 273/2012.

PRazo PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DE DESPESAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA COM BASE NO VALOR VIGENTE NA DATA DA OCORRÊNCIA DO ACIDENTE.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEICULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 6.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEICULOS.

PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO ATÉ 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE ANUÉ.

O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGO JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA QUOTA OU COM A QUOTA ÚNICA DO DEPÓSITO DE PROPRIEDADE DE VEICULOS AUTOMOTORES - IPVA, CASO SEJA FEITA A OPÇÃO PELA PARCELAMENTO, O VENCIMENTO TAMBÉM ESTARÁ ATRELADO AO PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA. OS VENCIMENTOS DO DEPÓSITO E DO SEGURO OCORREM SEMPRE NA MESMA DATA.

O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE O SEGURO OBRIGATORIO NÃO FOR PAGO RESOLUÇÃO CONTRAN Nº 854/1988.

50% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATORIO PAGUEM A SEGURO DESTINAÇÃO.

5% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 27 DA LEI Nº 12.190/11).

10% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 78 DA LEI Nº 6.031/1967 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

ATENÇÃO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 021 1204
www.dpvatsegurodetransito.gov.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT, PEDIDOS DE INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO, ANDAMENTO DE SOLICITAÇÕES, LOCALS DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZOS E OUTRAS INFORMAÇÕES.



DIRETÓRIO - SUSEP
0000 021 0404
www.susep.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - AUTORIDADE NACIONAL REGULADORA, FISCALIZADORA, NORMATIZADORA E CONTROLE DOS NEGÓCIOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO, RESEGURO E CONTRATOS DE SEGUROS.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATORIO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRAN



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160551855 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA **Data do acidente:** 05/01/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura do platô tibial esquerdo

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, osteossíntese.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160551855 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCIVALDO DA SILVA BARBOSA **Data do acidente:** 05/01/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PLATO TIBIAL A ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE JOELHO ESQUERDO PARA FLEXÃO E EM VARO, NEURO VASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, ATROFIA DE MUSCULATURA DE COXA ESQUERDA, DEAMBULANDO COM USO DE MULETAS, CLAUDICAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR A ESQUERDA, NÃO CONSEGUE FICAR AGACHADO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM A COLOCAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS, FEZ 60 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. Complicações: DESVIO EM VARO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/10/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Urai de Oliveira

CRM do médico: 4315

UF do CRM do médico: RN

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

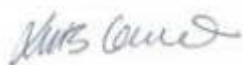
SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: FRANCIVALDO DA SILVA BORGES, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
 Profissão: Autônomo, portador(a) do RG 975.574, órgão expedidor ITAP/PR
 e do CPF: 627.247.384-20, residente no(a) RUA SANTA HELENA
 nº 2366, bairro: DUMFRIES, município: NATAL, RN.

OUTORGADO:

Nome: FILIO EXERTON DA SILVA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
 Profissão: CONTADOR, portador(a) do RG 2369633, órgão expedidor ITAP
 e do CPF: 072.543.534-83, residente no(a) RUA SITALOM
 nº 566, bairro: CONJ. PARALAMA, município: NATAL, RN.

PODERES: pelo presente Instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Francivaldo da Silva Borges

Local e Data: 07 de setembro 2016

Francivaldo da Silva Borges
 Assinatura do outorgante
 (Reconhecer firma por autenticidade)

