

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.645,77

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000178541-0

Nr. da Autenticação BDF18F0BA5E0ADF5

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200156617

Data do acidente: 01/02/2019

Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Natal

UF: RN

Análise: Primeira Análise

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E
PREVIDENCIA

Data: 28/04/2020 16:36:35

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO CRANIO E DOS OSSOS DA FACE FRAT DOS OSSOS MALARES E
MAXILARES -

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Taxas Odontológicas	11167	IMPLANTE ZIGOMÁTICO - POR UNIDADE	3000,00	1645,77
Total da Análise Atual			3000,00	1645,77

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: WANDERSON DA SILVA OVIDIO Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	3000,00	1645,77	1645,77
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	3000,00	1645,77	1645,77

TOTAL PLEITEADO: 3000,00

TOTAL AVALIADO: 1645,77

TOTAL PAGO + À PAGAR: 1645,77

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200156617

Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Data do Acidente: 01/02/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: ANDRE DA CRUZ GONCALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WANDERSON DA SILVA OVIDIO

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

Recebedor: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Valor: R\$ 1.645,77

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 00000178541-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Recibo

Nº

R\$

3'000,00

Receb. 0 do(s) Sr.(s) Wanderson da Silva Ovidio

Endereço

a importância supra de R\$ Três mil reais

referente Tratamento Odontológico
(2 implantes dentários)

pelo que para maior clareza firmo a presente.

EMITENTE - DENTISTA -
Rio Branco, 564, 2ª Andar
Endereço Centro - Natal/RNCNPJ/CPF/RG
727.186.922-00LOCAL E DATA
Natal 08.07.2019

Instituto Grátis

OBSERVAÇÕES

(84) 9 9903-6595

Dr. Marcelo Oliveira

ASSINATURA CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-RN 4935

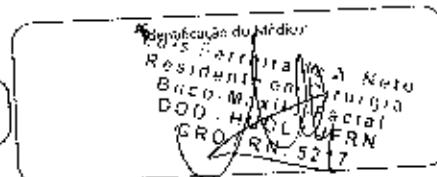
Seron: Renato Bonifácio;

DATA: 11/02/19.

Local: Q8:00.

L.O: R 420 + MWD.

Natal/RN. 06/02/19



Av. Nilo Pecanha, 620, Petrópolis | Cep 59.012-300, Natal/RN
+55 (84) 3342-5000 | www.huel.cbserh.gov.br

Presença
01/02/19
08:00:00



Departamento de Odontologia - CCS/UFRRN

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
DISCIPLINA DE IMAGENOLOGIA

REQUISIÇÃO DE EXAMES RADIOGRÁFICOS

DISCIPLINA SOLICITANTE: Odontologia
PACIENTE: Carla

RADIOGRAFIA INTRABUCAL

RADIOGRAFIA PERIAPICAL

☐ Boca completa

Seguintes dentes assinalados:

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL

☐ Molares

☐ Dir

☐ Esq

☐ Pré-molares

☐ Dir

☐ Esq

RADIOGRAFIA OCLUSAL

☐ Maxila Total

☐ Maxila Parcial Direita

☐ Maxila Parcial Esquerda

☐ Mandíbula Total

☐ Mandíbula Parcial Direita

☐ Mandíbula Parcial Esquerda

TÉCNICA DE LOCALIZAÇÃO

☐ Técnica de Clark:

☐ Outra:

RADIOGRAFIA EXTRABUCAL



Panorâmica



Perfil de face (Telerradiografia)



P.A. de crânio



Waters (Seios da face)



Obliqua de face

☐ Hirtz

☐ Towne

☐ OPN

☐ ATM (boca aberta e fechada)

☐ Outra:

OBSERVAÇÕES (Justificativa/indicação clínica):

Jose Wilson de Macedo Santos
E-MAIL da Disciplina: odontologia@ufrrn.br

Aluno:

Data: 01/02/19

Professor:

(Assinatura e Carimbo)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfrado Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RECEITUÁRIO

NOME Wanderlan da Silva Oliveira

to

no olho

o VIGAREXA colírio : até

Pingor a gota de 4/4h no
olho direito por 7 dias.

DATA

02.02.19

Dr. Araken Engenheiro
Oftalmologista
CRM/RN 4652

ASSINATURA

SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA.
FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE.

PILOTE SEMPRE COM CAPACETES.
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

RECEITUÁRIO

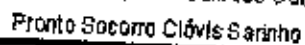
Wanderson da Silva Junior
Ao Conselho

Paciente com fraturas em 7^o e 8^o
necessitando de cirurgia sob anestesia
geral.

Solicito o exame e parecer odontológico

Data 17/02/19

Prof. Dr. Manoel de Mello Santos
Diretor do Departamento de Odontologia
Faculdade de Odontologia
Unidade II - 55060-970
Cidade de Natal - RN



Chambers as Sam Adams

As Comptroller

Soluto. Avesco amittendo.
 Potestatem. cum. Amittendo de
 Monasterio. et. Tobaci. ^{et} de
 Submittendo. et. amittendo. et
 amittendo. et.

DATA 01 02 / 19

ASSINATURA

PILOTE SEMPRE COM CAPACETE.
DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

Missão: Operar, no âmbito hospitalar, assistência de saúde para crianças e adultos em situações de emergências clínicas, ortopédicas, traumas de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RECEITUÁRIO

NOME WANDERSON GOMES OLIVEIRA

Uso Interno (uso am)

① Isupropeno 60mg 0105

Tam 01 emp. de 08/08 mg por

05 dias.

② Lisapril 30mg 0105

Tam 01 emp. de 06/06 mg por

05 dias.

Uso externo

③ Pentobarbital 0,1201 0105

Indicação: 04 vez ao dia por

14 dias.

DATA 01 / 02 / 19

Dr. W. S. Sarinho
Residente em
Bucal-Maxilo
D.O. HUGO
CRO 189.5

ASSINATURA

SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA.
FUMAR PREJUDICA A SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE.

PRESTE SEMPRE COM CAPACETES
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência baseada para crianças e adultos em situações de emergência cirúrgica, cirurgias, e graves de trauma
cirúrgico, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas científicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e
humanitários.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Barreto

RECEITUÁRIO

NOME WILSONSON DA SILVA OLIVEIRA

Uso interno (uso am)

① Prescrição 875 mg ou
Tomar 01 caps no 0818 horas por
15 dias.

DATA 01 / 02 / 19

Luis Ferreira da Silva
Residência em Medicina
BIO. Max. 1000
DOD. H. 1000
CRO. 1000
ASSINATURA

SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA.
FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE.

PILOTE SEMPRE COM CAPACETES.
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

Missão: Cuidar, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



Cliente: 1358-11 - WANDERSON DA SILVA OVIDIO
Nascimento: 15/02/1982
Médico: 5217 - RN LUIS FERREIRA DE A NETO

Pedido: 4246-11 POSTO H11
Atend.: 07/02/2019 08:12 Ref.: 11015
Convênio: PART.CONV

EXAMES SOLICITADOS: (3)	Previsão	Material	Honorário
(COAG) COAGULOGRAMA - (SANGUE TOTAL) -	08/02/2019 18:00		59,00
(GLI) GLICOSE EM JEJUM - GLICEMICA - (SORO) -	08/02/2019 18:00		08,00
(HEM) HEMOGRAMA - (SANGUE TOTAL) -	08/02/2019 18:00		14,00

www.hemolabrn.com

CLIENTE

Total de honorários: R\$ 79,00 Desconto: R\$ 0,00 Pagos: R\$ 0,00 A pagar: R\$ 79,00
NA INTERNET - LOCALIZADOR: 26536705365 - USE SEU CPF COMO SENHA
www.hemolabrn.com

EM - FALTA MATERIAL RC - COLÍCIO NA RECEIÇÃO CL - COLÍCIO PELA CLIENTE

SottL@b

RECEITA MÉDICA

Nome: **WANDERSON DA SILVA OVIDIO**

Clindamicina 300 mg (Uso interno - Via Oral) ----- 01 caixa
Tomar 01 comprimido a cada 06 horas por 05 dias

DROGARIAS BEZERRA
DISPENSADO

DATA 19 / 2 / 19

Natal/RN, 17/02/2019

Prof. Dr. Marcelo Silva
CRM: 10.100/2019
Rég. Prof. 10.100/2019
Rég. Prof. 10.100/2019
Rég. Prof. 10.100/2019

Carimbo e Assinatura do Médico

RECEITA MÉDICA


Nome: **WANDERSON DA SILVA OVIDIO**

Lisador (Uso Interno - Via Oral) ----- 01 caixa ✓
Tomar 01 comprimido a cada 06 horas por 05 dias.

Nimesulida 100 mg (Uso Interno - Via Oral) ----- 01 caixa ✓
Tomar 01 comprimido a cada 12 horas por 03 dias.

Clorexidina 0,12% (Uso Tópico) ----- 01 Frasco ✓
Bochechar 02 vezes ao dia por 10 dias.

Natal/RN, 17/02/2019


José W. de Macêdo Sena
Clínica de Reumatologia
Hospital Universitário Onofre Lopes
UFRRN

Carimbo e Assinatura do Médico



PREFEITURA DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 NATAL

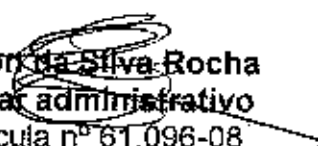


SAMU
192

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **WANDERSON DA SILVA OVIDIO**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 01/02/2019 aproximadamente às 19h55min, na Avenida Doutor João Medeiros Filho, Redinha, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 242602/2**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 27 de março de 2019.


Everton da Silva Rocha
Auxiliar administrativo
Matrícula nº 61.096-08
Coordenação administrativa SAMU 192 Natal

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 242602/2

Data: 01/02/2019

CHAMADO

TARM: DIANA ALVES JAPIASSU

Médico Regulação:

Rádio Operador: CLAUDIO ADRIANO RODRIGUES ZACARIAS

Médico Cena: RICARDO ALEXANDRE RAMOS BARBOSA

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 18 (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

Equipe VTR: EDIVALDO SOARES DA SILVA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
JOÃO PAULO TORRES DE QUEIROZ - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: TIAGO

Telefone: 084988161248

Nome do Paciente:

WANDERSON DA SILVA ODILIO

Idade: *

26 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.2517838 Longitude: -35.2343687

Endereço: AVENIDA DOUTOR JOÃO MEDEIROS FILHO

Nº: VP

Bairro: REDINHA

Outro Bairro:

Referência/Complemento: NITERÓI //SENTIDO IGAPÓ - REDINHA // APOS CAJU SOCYTE // EM FRENTE AO EXPANSIVO //

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WOLFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISÃO CARRO X MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

01/02/2019 19:58:43 - Dr(a). MARCOS ANTÔNIO PEREIRA DANTAS JÚNIOR

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: 02 VÍTIMAS -AS DUAS VÍTIMAS DA COLISÃO ESTAVAM NA MOTO. PACIENTE CONSCIENTES NO QTH, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
01/02/2019
19:55:33

Saída Local:
01/02/2019
21:03:05

Regulação Médica:
01/02/2019
19:58:43

Chegada Destino:
01/02/2019
21:31:07

Solicitação VTR:
01/02/2019
20:26:36

Liberação Destino:
01/02/2019
23:42:10

Saída VTR:
01/02/2019
20:27:47

Liberação VTR:
01/02/2019
23:42:11

Chegada Local:
01/02/2019
20:39:53



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **6372 /2019**

Admissão: **01/02/2019 21:41:25**

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **113021 - WANDERSON DA SILVA OUVÍDIO** (26 a 11 m 15 d)

Nascimento: 15/02/1992 Natural: NATAL, BRASIL

CNS: CPF: 01734761474 Prof:

Mãe: VERA LUCIA DA SILVA Pai:

Logradouro: SERTÃOZINHO, 174

CEP: 59125140 Bairro: PÔTengi

Telefone: 84 988731827 Cidade: NATAL

Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Tipo: NÃO REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: PACIENTE SEM DOCUMENTO

Classificação: 01/02/2019 21:34:18

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TRAUMA FACIAL, CORTE ABDOME, OLHO EDEMACIADO, QUEDA DE MOTO (PACIENTE SEM DOCUMENTO)

Hora:

TOMOGRAFIA/HMWG

Data: 01/02/19 Hora: 23:16

Técnico: JH/GRUPO

Exame: RAX/CRANIO

Médico: Dr. ROBERTO

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Vias aéreas livres sem cervicalgia

B Língua úmida

C Pulso cheio FC: 70 130 x 80

D Reflexos 1

E Trauma de face; hemi contusão

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

BOLETIM FATURADO

EM: 24/6/19

*Saída: -

Realizado em: 01/02/19 Hora: 23:30

Técnico:

DIAGNOSTICO INICIAL - CID



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Wanderley da Silva Durichio Idade: 26 N° Reg:
Serviço: Cirurgia Enr: Relatório Leito:

AO SERVIÇO Oftalmologia

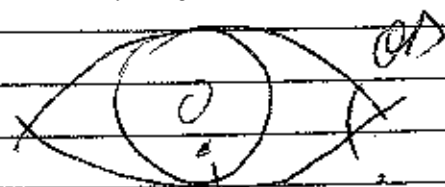
MOTIVO DA CONSULTA - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Paciente vítima de acidente de trânsito, vítima de queda de sete metros, com colisão contra carro. Estava de cabeça para trás, impactando a cabeça contra vidro traseiro do carro. Seguiu para o hospital com inchaço na cabeça e contusão no olho esquerdo que não apresenta alterações visíveis. Se queixa de "bola que aperta e põe o olho". No exame físico apresenta aumento de volume em parte interna do palpebro superior do OD, na porção medial. Solicita avaliação pela equipe de oftalmologia, se possível após estanho.

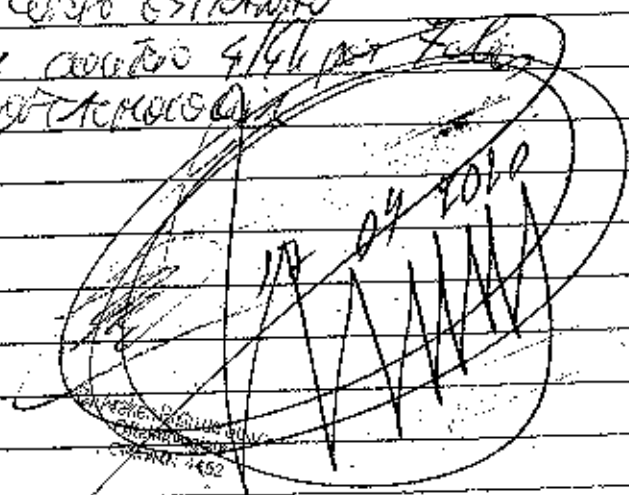
Natal 02 de fevereiro de 20 19

José Witor de Macedo Santos
Cirurgião Oftalmologista
CRM: 10.100 - Fatores
Oculares - LRF 101
Sociedade Médica
Médico que solicita o parecer

PARECER




L CORPO ESTRANHO (FRAGMENTO DE VIDRO)
CD/D TETRO CORPO ESTRANHO
2 VÍDEO CORTADO 4/4 por Fatores
3/4 DA OBTURACÃO



Em 02 de fev. de 20 19

Médico que emite o parecer



Arreda de nato s/ perda de tempo.
Pelo tanto - e o fatur.

BK6, 615 PIFR 5/ debris column under
multiples hematocrits can fall

Pohl-er

TC de Maria F. Kernal.
Sera examinada de lesões
intracranas

GUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

- Alta do N.º 1 sobre Falsas

PAULO RODRIGUES
MÉDICO
CRM/RN 8031

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

[illegible]

ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS		
DISCRIMINADOR	PORTUGUÊS	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15	= 3
	9-12	= 2
	6-8	= 1
	4-5	= 0
	3	= 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20	= 3
	>20	= 2
	6-9	= 1
	1-5	= 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90	= 3
	70-90	= 2
	50-70	= 1
	1-40	= 0
	0	= 0

²⁴ Escola de Treinamento Profissional (ETP) São João do Rio, sobrelida para estudantes de primeira instrução. Referência: Adaptado de Thompson H.R. Bates W.J. Cooper, et al: A revision of the Trauma score. J. Trauma 21(12):678, 1981.

DECLASSIFIED BY
"ATLS 2005"

09 - Oliguária (necessidade de
atendimento imediato)
09 - 3a prioridade
14/10/1979

Belmont, J. Edgar, 1892-1968. Assessment of some undisciplined conspirators. A practical guide. Los Angeles: 1974. 71 pp.

colaborar com ideias superiores a 3 anos. No Estado Quênia, os jovens são ensinados a compartilhar e a trabalhar em grupo, e a ser responsáveis por si mesmos e pelos outros.

SEMI DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Plot Ponderal
0	1	2	3	4

ORIENTAÇÃO TEÓRICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCO-MAXILO-FACIAL / DOD-HUOL/UFRN

Natal, 02 de Abril de 2019.

Laudo Profissional

O paciente Wanderson da Silva Ovídio, 26 anos, procurou o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do HUOL-UFRN em 11/02/2019 após acidente motociclístico, queixando-se de dor e dificuldade de abertura bucal.

Ao exame físico observou-se edema +1/+4 em região mandibular bilateral e em região geniana direita, maloclusão, limitação de abertura bucal e mobilidade interfragmentar. Paciente relatava dor em região pré-auricular bilateral e parestesia em lábio inferior. Ao exame de imagem verificou-se fratura de côndilo mandibular esquerdo, corpo mandibular direito e complexo zigomático-maxilar direito.

Após avaliação clínica e radiográfica, planejou-se osteossíntese das fraturas, sob anestesia geral, a mesma foi realizada no Hospital Universitário Onofre Lopes no dia 12/05/19.

Atualmente o paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial com pós-operatório de 1 mês e 20 dias, sem queixas algícas, oclusão estável, compatível com a oclusão prévia ao trauma, edema intra-oral em processo de completa regressão, sem sinais de inflamação/infeção e/ou deiscência referindo parestesia. O mesmo está apto a retomar suas atividades profissionais.

Residência de A. Neto
Bucco-Maxilo-Facial
DOD-HUOL/UFRN
CRO/RN: 5217

Luís Ferreira de Almeida Neto
Área de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial DOD-UFRN/HUOL
CRO/RN: 5217

Observação do Apoio:

CONDUTA

Conduta VTR

Remoção

Conduta Equipe de Enfermagem:

01/02/2019 21:13:09 - COMUNICADOR

TARM MADALENA : DR. ANDRE IRÁ RECEBER PACIENTE

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

Vaga Negada - Motivo:

H. ligação ao serv prop.:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

- SELECIONE -

23:53

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

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



NOME
ANDRE DA CRUZ GONCALVES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
002324034 SSP RN

CPF
016.640.974-06

DATA NASCIMENTO
06/11/1985

FILIAÇÃO
**ALDENOR DO NASCIMENTO
GONCALVES
ADELAIDE MARIA CRUZ
GONCALVES**

PERMISSÃO
00000000

ACC
00000000

CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
05981127704

VALIDADE
07/02/2023

1ª HABILITAÇÃO
22/01/2014

OBSERVAÇÕES

Andre da Cruz Goncalves

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
NATAL, RN

DATA EMISSÃO
08/02/2018

Luiz Edgardo Machado Pereira
Diretor Geral - Detran/RN

48088414055
RN702781446

ASSINATURA DO EMISSOR

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1563452267

PROIBIDO PLASTIFICAR

1563452267

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200156617

Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Data do Acidente: 01/02/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: ANDRE DA CRUZ GONCALVES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Informamos que o reembolso de despesas médicas e suplementares é avaliado conforme critérios de análise praticados pelo mercado e tendo como limite mínimo os valores constantes na Tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo assim ser ou não reembolsado em sua totalidade, observando-se o limite da cobertura.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15723341





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 101010

1 - LOCAL E DATA

Local AV. DR. JOÃO M. FILHO Bairro REDINHA
Cidade/UF NATAL-RN P. Ref. SAVA JATO DO NITLOU
Data 01/10/2019 Hora do acidente 20:30 Hora do registro 20:42 Dia da semana SEXTA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☒ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☒ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☒ - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01

Placa ou Chassi 0WG-2971 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. MARCOPOLO/VIARE Cor BRANCA Ano 2014
Proprietário ARNALDO APOLIO DE LIMA Nº de Ocupantes 01
Condutor JORGE CARLOS DE LIMA Data de Nasc. 29/05/1958
Endereço AV. ANTONIO BASILIO Nº 129 Fone 98717-9577
Bairro QUINTAS Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 142.983.784-04 CNH Nº 0241363454 Validade 07/10/2021 Categoria D
Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02

Placa ou Chassi LSJ-4235 Cidade JAB. DOS GUARARAPES UF PE
Marca/Mod. CITROEN/PICASSO Cor PRATA Ano 2011
Proprietário WILSTON RODRIGUES DE SOUZA Nº de Ocupantes 01
Condutor FABIANA BEZERRA DOS SANTOS Data de Nasc. 21/01/1981
Endereço RUA JOSE CARLOS PANCHICO COSTA Nº 62 Fone 99932-3174
Bairro REDINHA Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 03411313420 CNH Nº 04424006833 Validade 01/10/2023 Categoria B
Local de Trabalho DO LAR Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03

Placa ou Chassi NOD-7621 Cidade S.G. MANGABEIRA UF RN
Marca/Mod. HONDA/CB 300R Cor AMARELA Ano 2013
Proprietário LUCIANO DALLINO DA SILVA Nº de Ocupantes 02
Condutor WANDERSON DA SILVA OLIVEIRA Data de Nasc. 15/02/1993
Endereço RUA SERRA DA ARAGUATA Nº 174 Fone 98789-8006
Bairro POTENGI Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 017347614-74 CNH Nº _____ Validade 1/1/ Categoria _____
Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. DR. JOÃO M. FILHO

Em que sentido? IGARAPU / REDINHA

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor ALLEGRA QUE ESTAVA PARADO ADENTRO NA GARAGEM QUANDO SE SENTIU O IMPACTO.

Assinatura do Condutor do V1 [Assinatura]

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. DR. JOÃO M. FILHO

Em que sentido? IGARAPU / REDINHA

Em que faixa? ESQUERDA

Versão do condutor ALLEGRA QUE TRANSITAVA NORMALMENTE NA VIA CITADA QUANDO FOI SUPERADO PELO O U-3 COLIDINDO NA TRASEIRA EM SEU VEÍCULO.

Assinatura do Condutor do V2 [Assinatura]

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. DR. JOÃO M. FILHO

Em que sentido? IGARAPU / REDINHA

Em que faixa? ESQUERDA

Versão do condutor ALLEGRA QUE TRANSITAVA NORMALMENTE NA VIA CITADA QUANDO O U-3 ENTROU DEZ O MESMO TENTOU DESVIA-SE DOTEU O GUIÃO DO U-1 FOI QUANDO PERDEU O CONTROLE VINDO A COLIDIR NA TRASEIRA DO V-2.

Assinatura do Condutor do V3 [Assinatura]

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____









Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4 _____

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipn da Pista	Caract./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Ative Ingreze	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebliana	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Ative Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreze	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha
<input type="checkbox"/> Iluminação Deiciente		<input type="checkbox"/> Outros	<input checked="" type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s)
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perim. KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	
			<input type="checkbox"/> Retorno		
			<input type="checkbox"/> Estroncamento		
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

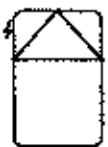
 **ÁRVORE**
 **VESTÍGIOS**
 **SEMÁFORO**
 **PEDESTRE**
 **BICICLETA OU MOTO**
 **CARRO DE PEQUENO PORTE**
 **CAMINHÃO OU ÔNIBUS**
 **CARRETA**

A croqui do acidente de trânsito está desenhado em uma grade. O acidente ocorreu na Av. Dr. João M. Filho, no Canteiro Central. Um veículo de pequeno porte (carro) está envolvido no acidente, com danos visíveis na lateral direita. O veículo está parado na faixa de pedestres. O motorista do veículo está sendo atendido por um agente de trânsito.

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

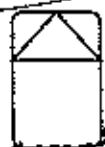
AVARIAS DO VEÍCULO 1

CAPA LATERAL, DANTEIROS



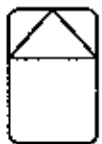
AVARIAS DO VEÍCULO 2

PARA-CHO TRÁSERO, PARACHEQUE, TAMPA DO PORTA-MALA, LANTERNA PARTE INTERNA DO L. DIREITO E DANOS INTERNO A VERIFICAR.

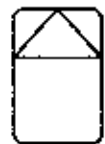


AVARIAS DO VEÍCULO 3

FAROL, PARALANAS DIANTERO, PAINEL RETROVISORES, MANEJA DIRETA, PROTETOR DO CANO DE ESCAPE, TAMBOR E TELESCÓPIO, E DANOS MECÂNICOS A VERIFICAR.



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - ☒ Vítima condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Presença: ☐ Fato ☐ Registro
Nome MARIANA BEZERRA DOS SANTOS
RG N° 18.015.33 Órgão Expedidor ITEP/RN Data de Nascimento 22/10/1981
Endereço RUA JOSE CARLOS RANALHO COSTA N° 67 Fone _____
Bairro PEQUENA Cidade NATAL UF RN
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
12 - ☒ Vítima condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Presença: ☐ Fato ☐ Registro
Nome ARTHUR RONALD MARTINS DA SILVA
RG N° 003.422.509 Órgão Expedidor ITEP/RN Data de Nascimento 13/10/1997
Endereço RUA CARIBE N° 43 Fone 988.17-1576
Bairro POTENGI (CJ SANTAREM) Cidade NATAL UF RN
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
13 - ☒ Vítima condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Presença: ☐ Fato ☐ Registro
Nome WANDERSON DA SILVA OLIVEIRA
RG N° 003.876.93 Órgão Expedidor ITEP/RN Data de Nascimento 15/10/1992
Endereço RUA SERA DA ARAGUATA N° 174 Fone 987.89-2006
Bairro POTENGI Cidade NATAL UF RN
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
14 - ☐ Vítima condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Presença: ☐ Fato ☐ Registro
Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RG N° _____ Órgão Exp. _____
Endereço _____ N° _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☒ SIM ☐ NÃO APT N° 1164231 COD/DESD 501-00

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

INFORMO QUE O VEÍCULO U-3 FOI ENTREGUE AO SR. JOSE CARLOS DE SOUZA ALVES
CPF. 498.530.504 COM 015.263.59437 CAT. AB ASS. por Carlos D. A. Aboon
INFORMO QUE O PASSAGEIRO E O CONDUTOR DE U-3 FOI CONDUZIDO AO H. CLOVIS SARINHA
PELA SAÍDA NATAL E A CONDUTORA DE U-3 PERMANECER NO LOCAL EM ESTADO DE CHOQUE E
OS FAMILIARES RELATOU A MESMA AO PRANTO SOCORRO NA INDICAÇÃO.
TAMBÉM INFORMO QUE O CONDUTOR DE U-3 NÃO TEVE CONDIÇÕES DE ASSINAR A -
VERSÃO.

Nome Completo do Agente CARLOS DION ABOON
POSTO/GRAD.: 3: SGT PM N° 26.411 Viatura DRE-107 Substância: 1: OPRE
Local e Data NATAL 01 de FEVEREIRO de 2019
Assinatura do Agente de Trânsito