

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	07/07/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO CARLOS RODRIGUES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 000001007929-2

Nr. Autenticação

BRABESCO0707202005000000000023703226000001007929135000 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200230296 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CARLOS RODRIGUES **Data do acidente:** 01/01/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO COM RUPTURA DO PULMÃO ESQUERDO.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS À ESQUERDA.
ESMAGAMENTO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO DISTAL DA FALANGE DO 3º DEDO + DRENAGEM TORÁCICA). ALTA MÉDICA. P5

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200230296

Vítima: FRANCISCO CARLOS RODRIGUES

Data do Acidente: 01/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA ALCINEIDE DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO CARLOS RODRIGUES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: FRANCISCO CARLOS RODRIGUES

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 237

Agência: 000003226-3

Conta: 000001007929-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

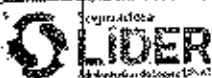
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☒ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

3 - Nº do Registro no ASL:

3 - CPF da vítima: 022 748 334 - 33

4 - Nome completo da vítima: Francisco Carlos Rodrigues

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRALIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 468/2012

5 - Nome completo:

Francisco Carlos Rodrigues

6 - CPF: 022 748 334 - 33

7 - Profissão:

Motorista

8 - Endereço:

Rua Doutor Pedro Carneiro

320

16 - Complemento: Lapa

11 - Bairro:

Alto de São Manoel

12 - Cidade:

Mossoró

13 - Estado:

RN

14 - Renda: 39625 - 300

15 - E-mail:

Não possui

15 - Tel (DDD): (84) 99827-0066

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECEIO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (204)

☐ CONTA CORRENTE (Incluir o banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3226 3

CONTA: 3003929 2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/pertinso do Seguro DPVAT a quem tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, a quitação do crédito, quitando total o valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grávida/Potencial com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nome(s) de filho(s):

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a suspensão de ressarcimento e o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a pedido):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a pedido):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a pedido):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Mossoró - RN 30/03/20
x *Francisco Carlos Rodrigues*
31 - Assinatura da vítima/Beneficiário (ou CURADOR)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FURTOS E ROUBOS DE MOSSORÓ -
MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010813/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/01/2020 16:58 Data/Hora Fim: 29/01/2020 17:30
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 01/01/2020 13:28

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Bairro: Alto de São Manoel
Logradouro: Av. Presidente Dutra
Complemento: Próximo a LE Pneus

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Outro(s)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO CARLOS RODRIGUES (VÍTIMA, COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 19/05/1965 Idade: 54 anos
Naturalidade: RN - Mossoró Profissão: Aposentado
Estado Civil: Casado(a) Nome do Pai: RAIMUNDO RODRIGUES DA SILVA
Nome da Mãe: MARIA CONCEICAO DA SILVA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 022.748.114-31

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: RUA DOUTOR PEDRO CIARLINE
Complemento: B
Bairro: ALTO SAO MANOEL
Telefone: (84) 98638-8352 (Celular)

Nº: 320

CEP: 59.600-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição veículo tipo motocicleta	CPF/CNPJ do Proprietário 022.748.114-31
Placa MYP4561	Renavam 00932911161
Número do Motor KC08E27031798	Número do Chassi 9C2KC08207R031798
Ano/Modelo Fabricação 2007/2007	Cor AZUL
UF Veículo Rio Grande do Norte	Município Veículo Mossoró
Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD	Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 02/01/2020

Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: Luiz Valdério de Sales Nobre
Data de Impressão: 29/01/2020 17:30
Protocolo nº: Não disponível





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FURTOS E ROUBOS DE MOSSORÓ -
MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010813/2020

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

FRANCISCO CARLOS RODRIGUES

Envolvimentos

Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a esta delegacia de polícia, para noticiar que no dia, hora e local supracitados, conduzia o veículo acima mencionado pela Avenida Presidente Dutra, sentido centro/bairro, quando o condutor do veículo tipo automóvel de cor branca, de placa e características não identificadas, que seguia sentido contrário, realizou uma conversão proibida à esquerda e, sem observar o veículo do declarante, entrou na avenida, vindo a colidir contra o seu veículo; QUE: devido a colisão, o comunicante foi arremessado de encontro a pista, sofrendo lesões conforme consta no boletim de atendimento nº. 27/2020 do HRTM (Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia); QUE: relatou ainda que após o acidente de trânsito, o condutor do veículo causador do acidente de trânsito se evadiu do local, sem esperar a equipe de trânsito para a perícia; QUE: informa que foi socorrida pelo SAMU até o HRTM (Hospital Regional Tarcísio Maia); QUE: registra este BO para fins de Seguro DPVAT. E nada mais disse.

ASSINATURAS

Luiz Valdério de Sales Nobre

Agente de Polícia

Matrícula 170.249-1

Responsável pelo Atendimento

FRANCISCO CARLOS RODRIGUES

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 028

Mossoró 23 de Janeiro de 2020

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **FRANCISCO CARLOS RODRIGUES, 54 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Carro

Data da Ocorrência: 01/01/2020

Local da ocorrência: Avenida: Presidente Dutra, Alto de São Manoel prox. L.E Pneus.

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 01

Hora do Chamado: 13h 28min.

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

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Francisco Carlos Rodrigues, 54 anos**, portador de **RG: 02.530.**

Estamos à disposição para mais informações.


SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADM. SAMU
MAT. 58682-1

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do SAMU/Mossoró


Dr. Dixon F. Medeiros Lima
Diretor / SAMU
Mat. 405418-3
CRM/RN 5997

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor Geral do SAMU/ Mossoró



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos telefones abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Maria Alcineide da Silva
RG nº 003 403 798, data de expedição 11 / 11 / 19
Órgão Hep, CPF nº 904 728 704 59

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 Doutor Pedro Ciarline</u>
Número	<u>320</u>
Apto/Complemento	<u>Copa</u>
Bairro	<u>Alto de São Manoel</u>
Cidade	<u>Mozzato</u>
Estado	<u>PR</u>
CEP	<u>59625-300</u>
Tel. de contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>Não Possui</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Mozzato - PR 30/01/2020

Maria Alcineide da Silva

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-3894 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 11 06 | Central Ovidual: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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 Maria Alcineide da Silva
inscrito(a) no CPF/CNPJ 904728704 / 59 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Francisco Carlos Rodrigues inscrito(a) no CPF sob o Nº 022748344 31
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco Carlos Rodrigues
inscrito(a) no CPF sob o Nº 022748344 / 31 conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Recebeu Renda: Recebeu e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Setou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Doutor Pedro Ciarline</u>	Número:	<u>320</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Alto de São Mandel</u>	Estado:	<u>MS</u>	CEP:	<u>59625-100</u>
E-mail:	<u>Não possui</u>			Tel (DDD):	<u>(84) 99827-0066</u>

Local e Data:

Maroão - MS 30/05/2020

Maria Alcineide da Silva
Assinatura do Declarante

DR. WILLIAM CARVALHO FERREIRA
CRM 1150-MTB 149 RJ
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMATICAS

MEDICINA DO TRABALHO

LAUDO MEDICO

O paciente FRANCISCO CARLOS RODRIGUES
55 ANOS de idade, CPF: 072.748.114-31.

HISTÓRICO: Acidente de TRANSITO, com
MOTO e AUTOMÓVEL no dia 01.01.2020.

Sobre POLITRAUMATISMO GRAVE, com
TRAUMA de TÓRAX, ruptura do pulmão
esquerdo + FRATURA de arcos costais,
operado e internado em UTI, TOTAL de
INTERNAÇÃO HOSPITALAR de 9 DIAS. NO MESMO
Acidente sobre esmagamento da mão
direita, inclusive AMPUTACÃO na extremi-
dade distal da FALANGE média, opera-
do no mesmo dia concomitantemente.

Quadro Atual e Sequelas DEFINITIVAS

- a) Dor mediante curso respiratório maior
- b) Perda da capacidade funcional da
mão direita, além das dores espontâneas,
correspondente à 60%.

Convenir que seja submetido à exame
pericial para pleitear o que lhe for de
DIREITO. CID, 0 567.8

527.3 + J98.4

Policlínica Médica
Rua João Pessoa, 68 - Centro
Fone (84) 3321-6121
Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 10h da manhã

MOSSORO 25.06.2020

Clinica Oitava Rosado
Rua Juvenal Lamartine, 119 - Centro
Fone (84) 3317-3636
Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 7h às 9h30min
3ª e 5ª Todas as manhã

William Carvalho Ferreira

Fco William Carvalho Ferreira
Mossoro - CRM 1150/RN



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 491 /2020

Admissão: 08/01/2020 06:50:38

OK

CIRURGIA GERAL - AZUL

Paciente: 55360 - FRANCISCO CARLOS RODRIGUES (54 a 7 m 20 d)

Sexo: M Cor: PARDA

Nascimento: 19/05/1965

Natural: MOSSORO.BRASIL

Prof: NAO SE APLICA

CNS: 700002259719508

CPF: 02274811431

Pai: RAIMUNDO RODRIGUES DA SILVA

Mãe: MARIA CONCEICAO DA SILVA

Logradouro: DOUTOR PEDRO CIARLINE, 320

CEP: 59625100

Bairro: ALTO DE SAO MANOEL

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.987883952

Compl:

Tipo: REGULADO

Motivo(alegado pelo paciente): CONSULTA DE
URG/EMERGENCIA
Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS:						Classificação: 08/01/2020 06:45:58		PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: ENCAMINHADO POR DERMANCE

Hora: _____

Paciente ofensa da degente
de Francisco. Refere dor torácica.

PA = 130/90 AS 07:55

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ESTÁ CONFORME O ORIGIN.
SAME MOSSORO 23/01/2020
B1W

SAME / ARQUIVO

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORARIO ASSINT.

— R. Simplex - 1000ml 1x 2x
— EV - 42 g/min
— Tilatol - 40 mg - 01x (1x cada 4h)
— Dipirona - 500 (1x cada 4h)
— Amoxicilina - 500 (1x cada 4h)
— NBZ - 50 - 1x
— Ev. min 3x cada 4h

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data:

/20. Hr:

Médico:

(Assinar e Carimbar)

*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 08 de Janeiro de 2020.

Trac - 04.12.09.016
CID - S.27.0
Ermance
(Por Trac)

NCR

Coluna moto x carro, atropelado.
Θ = 15p. sem depósito

TC crânio: sem alterações.

Fratura maxilar direita.

TC de coluna sem alterações

Ad. Omentogênica
colta da NCR

Moises Felipe
Neurocirurgia
CRM 7479 RJ

#ORTOPEDIA#

4/01/2020 16:06

Acidente visto de var de moto encosto
em freio dianteiro de mão direita

Soluções RX:

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM/RN 7439 TEOT 16086 RQE 3117

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 22/01/2020
SAME / ARQUIVO BIM



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Fco. C. Rodrigues Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Pneumotórax Traumático

Indicação terapêutica: Toracostomia Esquenta com
Drenagem Torácica Fechada

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Emmanuel

1ª Auxiliar: _____

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: Luiz

Anestesista: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 22.10.13090

SAME / ARQUIVO

INTERVENÇÃO

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

() Limpa (☒) Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

Presente em decúbito dorsal

Ab anestesia local - Redução

Toracostomia Esquenta com

Drenagem Torácica Fechada

Curativo

Emmanuel
22/10/13090

Prontuário: 211353



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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **FRANCISCO CARLOS RODRIGUES** (Fia: 4/2020), CPF:02274811431.

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

Mossoró/RN, 01 de Janeiro de 2020.

Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 08/01/2020

Rapaula
Assinatura

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.

DATA 10/01/2020

[Assinatura]
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 22/01/2020

BIM
SAME / ARQUIVO

Sistema Ministério
SUS único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES
2503689

4 - CNES
2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
FRANCISCO CARLOS RODRIGUES (8 - 4/2020)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
211353

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700002259719508

8 - DATA DE NASCIMENTO
19/05/1965

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
MARIA CONCEICAO DA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
DDD 84 33153400

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
FRANCISCO CARLOS RODRIGUES

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
DDD 84 33153400

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
PROJETADA, 10 - AEROPORTO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MOSSORO

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
240800

18 - UF
RN

19 - CEP
59607100

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente vítima de acidente de trânsito. Refere dor torácica + dificuldade de respirar

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

trat. cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Ex. Químico + Ex. Radiológico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

PNEUMOTORAX TRAUMÁTICO

24 - CID 10
PRINCIPAL
S27.0

25 - CID 10
SECUNDÁRIO
V84.4

26 - CID 10
CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
412040166

29 - CLÍNICA

CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
13045881491

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

ERMANCE FERNANDES PINHEIRO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

01/01/2020

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

ERMANCE FERNANDES PINHEIRO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR
980016001835565

(X) CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 22/01/2020
BIM
SAME / ARQUIVO



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

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Francisco Carlos Rodrigues Nº do Pront.: 01.01.2020
Cirurgia: laparotomia E. den. torácica fechada Data: 01.01.2020
Cirurgião: Dr. Enmanuel Auxiliar: Acad. DARA Instrumentadora: -
Anestesista: - Anestesia: local
Início da Cirurgia: 16:02 Término: 16:25

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	10 unidades
* GASES	03 pacotes
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	01 unidade
* LÂMINA DE BISTURI N° 24	01 par de cada
* LUVAS 7.0, 7.5, 7.5	
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS N°	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	02 unidades
* SERINGAS DE 05 ML	01 unidade
* SERINGAS DE 10 ML	03 unidades
* SERINGAS DE 20 ML	
* AGULHAS DESCARTÁVEIS 40X12	
* SONDA ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL N°	
* SONDA FOLEY N°	
* SONDA NASOGÁSTRICA N°	
* CATETER PARA O2	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO N°	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE N°	
* DRENO DE TORAX N° 38	01 unidade
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON	
* OUTROS FIOS Vicryl ODA	02 unidades
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	Sim
* USO DE OXIGÊNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCÓOLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	1000ml
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	1.500 ml
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	04 pares
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	04 unidades
* MANITOL	06 pares
* XILOCAINA A 2%	03 unidades
* ABD escovas p/ assepsia	02 unidades

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 22/01/2020

SAME / ARQUIVO



EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Rob. C. Rodrigues Leito: 305-2

DATA	EVOLUÇÃO
01/01/20	Coma com P.O. - Opuntaria 1 - Shifto líquido-frescos 2 - S. vitais 3 - R. Simple - 200ml 4 - Hidrocarbom - 500ml
	com Cabeceira elevada Posição de Fowler 10-20-30-40 EV - 30 f/min 17-01-09

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
5	N/32 - 5f - 5ml Atrovent - 24f	15min 3x hora		06
6	Amoxicina - 500 - 2amp dil 120ml	EV 12/12h		16-04
7	Tramadol 100 - 2amp SA 100ml	EV 8/8h	17	01-09
8	Rimfidina - 2amp dil	EV 12/12h		16-04
9	Dipirone - 2ml + dil	EV SN		SN
10	Paral - 2amp + dil	EV - 6/6h		04
11	Vit - C - 500 - 2amp	EV 8/8h		18-01-09
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SANE MOSSORÓ 22/01/2020 BIM			SANE / ARQUIVO	

Enfermeira
CRM - 2679



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

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Fco C. Rodrigues Leito: 305-2

DATA	EVOLUÇÃO
02/02/20	1 - SPO - Refere dor torácica
	1 - dieta branca
	2 - S. vital
	3 - Avaliação do ortopedista

4 - R-Simple-1000 EV 15 flm 1-2-20

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
5 -	hidrocortisona 50mg - 100% - EV 12/12h		06/14/20	
6 -	dipirona 2ml + dil / EV 12/12h			
7 -	Phenil - 10mg + dil / EV 12/12h			
8 -	Amoxicilina - 500 - 100% - EV 12/12h			
	solução 20ml			
9 -	Paracetamol - 10mg + dil / EV 12/12h			
10 -	NB2 - 50mg + dil / EV 12/12h			
	Atrovent - 2mg			
11 -	Vit - C - 500 - 100% - EV 12/12h			
	Co - 8/8/20			
Emmanuel 03/02/20				
Alto Hospitalar				
Emmanuel 02m-1679				

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIG.
SANE MOSSORÓ 22/01/2020

SANE / ARQUIVO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

11/11/2019

001.401.798

MARIA ALCINEIDE DA SILVA

CLÁUDIA PAULINO DA SILVA

TERESA MARIA DA SILVA

MOSSORO RN

CERT. DE CASAMENTO L-B-04 F-244 RB-13832

MOSSORO RN-2 CARTÃO ID

904.728.704-59

28/01/1975

3a. VIA

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE PERICIA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO - II

POLEGAR DIREITO

Maria Alcinéia da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

Número do pedido DPVAT: 32001621246

Data da solicitação: 26/06/20
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Francisco Corleto Rodrigues

CPF do beneficiário: 022.748.114-31

Nome do solicitante: Francisco Corleto Rodrigues

CPF do solicitante: 022.748.114-31

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (84) 9.987-0066

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: Não Possui

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

☐ NÃO

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

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

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

Meu pedido de DPVAT foi negado com a justificativa que eu não fiquei com sequelas. Sendo que eu fiquei. Fiz um Laudo Médico descrevendo minhas lesões. Peço que por favor marque uma perícia para o médico mim avaliar pessoalmente.

Assinatura RX 26/06/20

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

IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

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