

BRADESCO

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: 00001007929-2

Nr. Autenticação

BRADESCO07072020050000000002370322600001007929135000 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

Valorização 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, retorno 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.

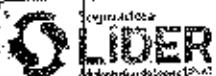
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do Cadastro no ASL:

3 - CPF da vítima:

022 448 334-33

4 - Nome completo da vítima:

Francisco Carlos Rodrigues

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

5 - Nome completo:

Francisco Carlos Rodrigues

6 - CPF:

022 448 334-33

7 - Profissão:

Motorista

8 - Endereço:

Av. Doutor Pedro Góisline 320

Número:

12 - Complemento:

9 - Bairros:

Altos de São Manuel

10 - Cidade:

Mossoró

11 - Estado:

RN

CEP:

39625-300

12 - Email:

Não possui

E-mail:

(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 na endereço acima informado, e que fui comprovado abaixo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECONOCE INFORMAR
 SEM PENDA R\$1.000,00 ATÉ R\$1.050,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,0021 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (digitar o banco)

Nome do BANCO: _____

 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (204)

AGÊNCIA: 3226 | 3 | CONTA: 4003929 | 2 | Informar o dígito verificador | Informar o dígito verificador

AGÊNCIA: _____ | CONTA: _____ | Informar o dígito verificador | Informar o dígito verificador

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/renominação do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sempre após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREenchimento somente para cobertura de invalidez permanente



Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 6.194/74], assim veja que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido;
- O IML que atende à 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, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concedendo, desde já, em seu favor, à indusmetal prestece, caso necessário, à custa da Seguradora Lider para validação da existência e autenticação 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 restituição ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar de seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREenchimento somente para cobertura de morte

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Claude/Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou comprovação(a): Sim Não | 27 - Se a vítima deixou comprovação(a), informar o nome completo:

28 - Víma:

 Sim | 29 - Se tinha filhos, informar se teve filhos? Sim Não | 30 - Víma deixou: Sim Não | 31 - Víma: Sim Não | 32 - Se tinha irmãos, informar se teve irmãos? Sim Não | 33 - Víma deixou: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deville, a indenização do Seguro DPVAT por morte de todos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer ameaça ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista no artigo 299 do Código Penal.

34

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

36

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

37

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

40 - Local e Data:

02/2019 | 30/03/20

Assinatura da Testemunha

38 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da Testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da Testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.001 v002/2019

43 - Assinatura do Procurador (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 Policia: 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 da Mãe: MARIA CONCEICAO DA SILVA Nome do Pai: RAIMUNDO RODRIGUES DA SILVA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 022.748.114-31

Endereço

Município: Mossoró - RN N°: 320
Logradouro: RUA DOUTOR PEDRO CIARLINE
Complemento: B CEP: 59.600-000
Bairro: ALTO SAO MANOEL
Telefone: (84) 98638-8352 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição veiculo 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



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	Envolvimentos
FRANCISCO CARLOS RODRIGUES	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 Policia
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-Denúncia, Calúnia 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 immobilização (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.


SILVANA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADM / SAMU
MAT. 58682-1

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

Dr. Dixon F. Medeiros Lima
Diretor / SAMU
Mat. 04054-2
SAMU/RD 54997

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 números abaixo:

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

Capital 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 Ouvintiva: 0800 021 91 35

Eu, Maria Alcineide da Silva

RG nº 001 403 798, data de expedição 31/11/19,

Órgão Hep, CPF nº 904 728 704-59,

venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço
em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Doutor Pedro Garsime</u>
Número	<u>320</u>
Apto/Complemento	<u>apto</u> <u>Apto de São Manoel</u>
Bairro	<u>Jd São Manoel</u>
Cidade	<u>Jaboatão dos Guararapes</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>59625 - 300</u>
Tel. de contato	<u>(84) 998 27-0066</u>
E-mail	<u>Não Possui</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

10/07/2020 - RJ 30/03/2020

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)

Capital e regiões metropolitanas: 020-3596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 09 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Divulgação: 0800 021 91 33

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fatia 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 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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.513/98.

Pelo exposto, eu _____ Maria Alcineide da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 904 728 704 , 59 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Inscrito (a) no CPF sob o N° 022748304 31 Francisco Carlos Rodrigues

do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima Francisco Carlos Rodrigues

Inscrito (a) no CPF sob o N° 022748344 , 31 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Recarou Renda: _____ Recarou e apresente os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço:	Rua Doutor Pedro Carlin	Número:	320	Complemento:	Casa
Bairro:	Mtto de São Mandel	Estado:	PR	CEP:	59 625-100
E-mail:	Nonorô			Tel. (DDD):	(84) 99827-0066
	Não sou				

Local e Data:

Nonorô PR 30/03/2020

Maria Alcineide da Silva
Assinatura do Declarante

DR. WILLIAM CARVALHO FERREIRA

CRM 1150-MTB 149 RJ

ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMATICAS

MEDICINA DO TRABALHO

LAUDO MÉDICO

O paciente FRANCISCO CARLOS RODRIGUES
55 ANOS de idade, CPF: 022.718.114-31.

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

Sobreveio polietrumatismo GRAVE, com
TRAUMA de TORAX, ruptura do pulmão
esquerdo + Fratura de arcos costais,
operado e internado em UTI, TOTAC de
INTERNAÇÃO HOSPITALAR de 9 DIAS. No mesmo
Acidente sobreveio esmagamento da mão
direita, inclusive amputação na extremi-
dade distal da FALANGE média, opera-
do no mesmo dia concomitantemente.

Quadro Atual e sequelas DEFINITIVAS

- Dor mediante esforço respiratório maior
- Pérdida da capacidade funcional da
mão direita, além das dores espontâneas,
correspondente à 60%.

Convene que seja submetido à exame
pericial para pleitear o que for de
DIREITO.

CID, 0 267.8

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

MOSSORÓ 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



OK

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 55360 - FRANCISCO CARLOS RODRIGUES (54 a 7 m 13 d) Sexo: M Cor: PARDA
 Nascimento: 19/05/1965 Natural: MOSSORÓ-BRASIL Prof:
 CNS: CPF: 02274811431 Pai: RAIMUNDO RODRIGUES DA SILVA
 Mãe: MARIA CONCEICAO DASILVA Bairro: AEROPORTO Cidade: MOSSORÓ
 Logradouro: PROJETADA, 10 Compl:
 CEP: 59607100 Telefone: 84.33153400

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO
Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO
*Empresa:

OBS: SAMU		Classificação:				PESO:			
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	140 100		94			150			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISÃO MOTO-CARRO. APRESENTA ESCORIAÇÕES NO PÉ R. FRATURA EXPOSTA EM DEDO DA MÃO D ALCOOLIZADO.
GLASGOW 14

Hora: 13:37

Paciente vítima de Colisão moto x carro, vem a este unidade trazido pelo SAMU dentro protocolo
Paciente refere estar alcoolizado, informa ter tido perda de consciência no momento do acidente,
nesse intervalo, vômitos ou昏迷. Ao exame:
 A - Vias aéreas patentes; Sem cianose;
 B - Mm O bilateralmente abâscico a básc. Sua RA: 180; QT: 97;
 C - Hemodinamicamente estável; Pulsos óticos, simétricos e englos. PR: 140/60
 D - ECG IS (KAO); GENITURAUS. Pupilas isómetricas e fotoresistentes. Sem definição.
 E - Exame tóxico-toxico em região lateral da língua interior. Apresenta
fimamento com fratura exposta em 3º quadrante de mao (D). Apresenta fímito
tóxico, contuso em nível médio da base do dedo (D)

Tórax: Doroso à DPOX
de ambos os hemitórax e
região anterior.

Bdano: Frio, pleno,
Bdano à QIQI, 25 de
hipofrigio de E e e
ap. S2M0. Sem infec.
Peritoneal.
Pele: Estavel.

Diagn. Inicial: Rotura mao.

PRESCRIÇÃO:

VIA	HORÁRIO	ASSINT.
① Solvato parcer da oropédia + neurocirurgia + higiene de ferida		
② Analgico de mao D, pectoral + higiene de ferida com uso de banho seco.		
③ Antibiotico; ibuprof; usufast; partit;		
Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira Cirurgião-Dentista Especialista CRM 2654		
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTA CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 32/01/2020		
PROC = 042046166		
(D) - 52700		
Emanuelle F. Pinheiro		
16/01/2020		
SAME / ARQUIVO		

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

CID _____ Proc. _____ Data: ____/____/19. Hr: ____ : _____ Médico: _____
 *Gerado via SX por FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS. Impresso em 01 de Janeiro de 2020.
 Carimbar) Assinar e _____
 (An - 1670



OK

CIRURGIA GERAL - AZUL

Paciente: 55360 - FRANCISCO CARLOS RODRIGUES (54 a 7 m 20 d) Sexo: M Cor: PARDA
Nascimento: 19/05/1965 Natural: MOSSORÓ-BRASIL Prof: NAO SE APLICA
CNS: 700002259719508 CPF: 02274811431 Pai: RAIMUNDO RODRIGUES DA SILVA
Mãe: MARIA CONCEICAO DA SILVA Logradouro: DOUTOR PEDRO CIARLINE, 320 Cidade: MOSSORÓ
Logradouro: DOUTOR PEDRO CIARLINE, 320 Bairro: ALTO DE SAO MANOEL
CEP: 59625100 Compl:
Telefone: 84.987883952

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

Tipo: REGULADO

*Empresa:

Classificação:
08/01/2020 06:45:58

PESO:

OBS:				SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
HORA	P.A.	HGT								

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: ENCAMINHADO POR ER ERMANE
Hora: _____

Paciente vítima de acidente de trânsito. Refere dor torácico.

PA = 130/90 AB 07:55

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINA
SAME MOSSORÓ 23/01/2020

BIN

Diagn. Inicial:

SAME / ARQUIVO

ASSINT.

PRESCRIÇÃO:

- R. Ciprofex - 1000mg) C 2 e
cv - qd qmz.
Tilacil - 40 mg - qd (c hidro
dipirona - 2ml (qd) (hidro) Ed
Amoxicilina - 500 - (1 qmz + di)
NBZ - 50 - 5ml) (1 qmz 3x dia)

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferida () 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.

Proc - 04/04/2020
CID - S.27.0
ERMANE

NCR

Coluna mot x cara, articulado.
θ = 15°, sem desvio

TC crânio: Sem alterações.

Fratura maxilar direita.

TC de colunas sem alterações

Cd. Orientações
attn da NCR

Márcos Felipe
Neurocirurgia
CRM/RN 7439 TEOT 16088 RQE 1/1

Hospital Pernambuco

1/01/2020 16:06

Pac. vítima de acidente motociclista
em trânsito de não dirigível

Sobrada RX

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Girurgia do Joelho
CRM/RN 7439 TEOT 16088 RQE 1/1

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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Fco. C. Rebolledo Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Pneumotórax Traumático

Indicação terapêutica:
Toracostomia Espinhal com
Drenagem Torácica Fechada

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Emanuelle

1^a Auxiliar: _____

2^a Auxiliar: _____

3^a Auxiliar: _____

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

Instrumentador: _____

Anestesista: Loual BIN

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

Aberto em decúbito dorsal

Ab Omertesio local - Revisão

Toracostomia Espinhal com

Drenagem Torácica Fechada

Curativo

Emanuelle
CEN 4679

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

LEFGP

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 02/01/2020

BIM

SAME / ARQUIVO

**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)

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700002259719508

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/05/1965

9 - SEXO

Masc. Fem.

10 - RACA/COR

PARDA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

211353

11 - NOME DA MÃE
MARIA CONCEICAO DA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

33153400

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
FRANCISCO CARLOS RODRIGUES

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

33153400

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

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

240800

18 - UF

RN

19 - CEP

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MOSSORÓ

59607100

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trinante vítima de acidente de trânsito. Rider em fórmico + chicaninha. Ai respondeu

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

traumatismo

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

Ex. clínico + ex. Radiológico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

PNEUMOTORAX TRAUMÁTICO

24 - CID 10 PRINCIPAL

S27.0

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

V84.9

26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

13045881491

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

412040166

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

CIR

() CNS (X) CPF

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 F. Pinheiro

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGUROADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

() APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

LIGNEY LINO DE OLIVEIRA

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

GAME MOSSORÓ 22/01/2020

48 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

980016001835565

BIM

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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 N° do Pront.:
Cirurgia: Colostomia E. chen. torácica Fechada Data: 01.01.2020
Cirurgião: Dr. Francisco Auxiliar: Dcad. DARA Instrumentadora:
Anestesista: Local
Início da Cirurgia: 16:02 Término: 16:25

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	10 unidades
* GASES	03 pacotes
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI N° 24	01 unidade
* LUVAS +.0, +.5, +.5	01 par de cada
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS N°	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	02 unidades
* SERINGAS DE 10 ML	01 unidade
* SERINGAS DE 20 ML	03 unidades
* AGULHAS DESCARTÁVEIS 40X12	
* SONDA ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL N°	
* SONDA FOLEY N°	
* SONDA NASOGASTRICA N°	
* CATETER PARA 02	
* 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	02 unidades
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	Sim
* USO DE OXIGÊNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCÓOLICA	1000 ml
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	2.500 ml
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	04 frascos
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	04 unidades
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	1 msc.
* MANITOL Univas de procedimento	06 pares
* XILOGAINA A 2% tienobolos	03 unidades
* ABD escovas p/ assepsia	02 unidades

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 01.01.2020

BIN

SAME / ARQUIVO



Evolução e Prescrição Médica

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

DATA	EVOLUÇÃO
01/01/20	Pij. okerofloris com co
1 - Dentes	lúfido-festivo → Cabeça de leitora
2 - Sintoma	lúfido-festivo (posição de Fowler)
3 - F. Simple (200ml)	EV - 30 f/min
4 - Hidrocarbom	EV & PH 17-01-09

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
5 - N132 - 5F-5ml	500ml/h	15min		06-2
6 - Ativident - 2ml	3x/dia			
7 - Amoxicilina - 500. 60ml	12/12h			16-04-09
8 - Dil (20ml)				
9 - Ivermectina 100. 10mg	8/12h			17-01-09
10 - Ivermectina 100mg + 1ml	EV-6/6h			04-04
11 - Vit-C 500. 05ml - EV 8/8h				18-01-09

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

BIM

SAME / ARQUIVO

Enunciado
CRM-1679



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. Pouffrey Leito: 305-2

DATA	EVOLUÇÃO
02/02/20	N-SPO - Refere dor toracoscopia
1 -	histo brônquio
2 -	S. vitais
3 -	Consulta do ortopedista

4 - R- Simple - 1000 PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
5 -	Humectosoma 500mg - 05x1 - EN 1/2 06/02/20			
6 -	Dipirona 200mg + 200ml DOR IN			
7 -	Phen - 05mg + 200ml C/10			
8 -	Amoxicilin - 500 05mg + 20ml 1/2/20			
9 -	Romifidine - 05mg + 20ml EV 1/2/20 10/02			
10 -	NBZ - 50mg + 20ml Atrovent - 200mg 3x/dia 1/2/20 06/02/20			
11 -	Vit-C-500 1ml 06/02/20			

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O DIRE

SAME MOSSORÓ 22/01/2020

B.M.

SAME/ARQUIVO

Emmanuel 03/01/20
CPm-1679

AHO Hospital

Emmanuel CPm 1679





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: Franckes Carlos Rodrigues

CPF do beneficiário: 022.748.314-31

Nome do solicitante: Franckes Carlos Rodrigues

CPF do solicitante: 022.748.314-31

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (84) 9.9827.0066 DDD

Tel. Comercial: (000) _____

Tel. Residencial: (000) _____

E-mail: Não Possui

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA

DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDIA 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:

(DESCRIVER)

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 meus lettras. Pesso que perde o médico num acidente pessoalmente.

Motoboy RN 26/06/20
Sorocá Lider

Assinatura do solicitante ou de quem assina o 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).