

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DA SILVA SOARES

Nº Sinistro: 3180258803

Vitima: JOSE DA SILVA SOARES

Data do Acidente: 07/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180258803**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12930738



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DA SILVA SOARES
Nº Sinistro: 3180258803
Vitima: JOSE DA SILVA SOARES
Data do Acidente: 07/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180258803**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DA SILVA SOARES

Sinistro: 3180258803
Vítima: JOSE DA SILVA SOARES
Data do Acidente: 07/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180258803** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Carta nº: 13142602

A/C: JOSE DA SILVA SOARES

Nº Sinistro: 3180258803
Vítima: JOSE DA SILVA SOARES
Data do Acidente: 07/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JOSE DA SILVA SOARES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 00000168391-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 036.294.724-28	Nome completo da vítima JOSE DA SILVA SOARES
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE DA SILVA SOARES		CPF titular da conta 036.294.724-28	Profissão recusou
Endereço Av. Principal		Número 2157	Complemento
Bairro SERAPITÁ DE CIMA	Cidade SÃO GONÇALO DO AMARANTE RN	Estado RN	CEP 59290-995
Email nao possui	Telefone (DDD) (84) 98306-5799		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)		☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA NRO. 2010 (Informar dígito se existir)	DV 0	CONTA NRO. 168.391 (Informar dígito se existir)	DV 0

BANCO Nome ARUANA SEGUROS	NRO. 06
AGÊNCIA NRO. 06 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 06 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Notal de 06 de junho de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS
06 JUN 2018

JOSE DA SILVA SOARES

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA

CAIXA LOTERICA FEDERAL

188: notários de segunda-feira a sábado, após

150 56844233-8

30/MAI/2018

HORA DE 09:51:18

LOT: 17.017801-3

TERM 04088

LOCALIDADE: SÃO CANTAL DO AMARANTE

AG. VINCULADA: 2010

CONTROLE: 150101082

NOME: JOSE DA SILVA SUARES

AGÊNCIA: 2010

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.168.391-0

DATA DA ABERTURA: 30/05/2018

LOTÉRIAS CAIXA

150 56844233-8

23 VIA

ARUANA SEGUROS

06 JUN 2018



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE
Endereço: AV. CEL. ESTEVÃO MOURA, S/N, CENTRO, SÃO GONÇALO DO AMARANTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018027001535
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.2 Data de Expedição: 06/06/2018 10:22:52
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 07/02/2018 05:30:00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: -
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: SERRINHA
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
2.2 Autoria: Conhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: ESTRADA CARROÇÁVEL QUE LIGA SERRINHA A OLHO D'ÁGUA
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE DA SILVA SOARES
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Sem Informação
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 02629472426
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: AUTÔNOMO
3.15 Telefone(s): 84 988134051
3.17 Número: 34
3.19 Bairro: SERRINHA DE CIMA
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.4 Pai: MAURINO RODRIGUES SOARES
3.6 Mãe: IRACEMA ALEXANDRE DA SILVA
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 27/09/1974
3.14 RG: 001411708 - ITEP/RN
3.16 Passaporte:
3.18 Nacionalidade: SERRINHA RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: R. PRINCIPAL
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

6.1.1 Nome Completo: JOSELITO MARQUES DA SILVA
6.1.2 Nome Social:
6.1.4 Etnia: Sem Informação
6.1.6 Mãe: FRANCISCA ROBERTO MARQUES
6.1.8 Sexo: MASCULINO
6.1.10 CPF:
6.1.12 Nacionalidade:
6.1.14 Passaporte:
6.1.16 Logradouro: R. PRINCIPAL - SERRINHA DE BAIXO
6.1.17 Número: 06
6.1.19 Bairro: SERRINHA DE BAIXO
6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
6.1.3 Estado civil: Casado(a)
6.1.5 Identidade de Gênero:
6.1.7 Orientação Sexual:
6.1.9 Pai: Sem Informação
6.1.11 Data de Nascimento: 24/10/1978
6.1.13 RG: 1755334
6.1.15 Profissão: FOTÓGRAFO
6.1.18 CEP:
6.1.20 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.3 Chassi: *****05749
7.1.5 Placa: QGA8398
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2015
7.1.11 Cor do veículo: BRANCA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: JOSELITO MARQUES DA SILVA
7.1.17 Nome do condutor: JOSELITO MARQUES DA SILVA
7.1.18 Observações:
7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam:
7.1.6 Estado:
7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN EX
7.1.10 Ano de Fabricação: 2014
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

ARUANA SEGUROS
06 JUN 2018

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA E ALEGOU QUE: ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA, PILOTADA PELA TESTEMUNHA, QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE E PARA NÃO COLIDIR O PILOTO FREIOU A MOTO, VINDO O GARUPA A PASSAR POR CIMA DO PILOTO E CAINDO NO CHÃO. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

FEITO O B.O E ENCAMINHADO AO CARTÓRIO.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 06/06/2018 10:22:52

1682350-3



Polegar direito

Atendimento: 1682350 - DANILO FIALHO DIAS GARCIA

Impresso por: 1682350 - DANILO FIALHO DIAS GARCIA em 06/06/2018 10:22:57

JOSE DASILVA SOARES

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA

ARUANA SEGUROS
06 JUN 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE DA SILVA SOARES

CPF da Vítima

626294724-26

Data do Acidente

07/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Natal 06 de junho de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS
06 JUN 2018

JOSE DA SILVA SOARES

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 6096 /2018

Admissão: 07/02/2018 09:59:28



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Ato declaratório

FATURADO

EM

Paciente: 60523 - JOSE DA SILVA SOARES (43 a 4 m 10 d)

Nascimento: 27/09/1974 Natural: SERRINHA, BRASIL

CNS: 898000754715177 CPF: 02629472426

Mãe: IRACEMA ALEXANDRE DA SILVA Pai:

Logradouro: MACEDO, 4

CEP: 59298622

Bairro: SERRINHA

Sexo: M Cor: PARDA

Prof:

Cidade: SAO GONCALO DO
AMARANTE

Telefone:

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO 02 18 20.32

*Empresa:

Fluxograma:

OBS: REGULADO COM DR. GESSICA

Discriminador:

OR 01/18

Classificação: 07/02/2018 09:49:24

HORA	P.A.	HGT	S	CONFERE COM	F.R.	E.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
				NATAL. 06/01					
				MAT. Nº. SAME					
				ASSINATURA					

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TREAUMA EM OMBRO DIREITO

Hora:

Após acidente de moto, queda, esten-
do o ombro D. Sem outras queixas ou lesões

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

ARUANA SEGUROS

06 JUN 2018

RATOS-X 02/18

Realizado em: 02/18

Técnico:

Médico Hospitalar - Semi-privado

08 02 18

*Saída

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS):

M (MEDICAÇÃO EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL):

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM):

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Exames complementares: (Radiologia e Imagem):
 RX ombro D do vertebrais para diagnóstico
 Dr. Alípio Carlos M. S. Silva
 Ortopedia e Traumatologia

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

De ombro
 fratura na escápula
 do antebraço

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <i>União Geral</i>	HORA: <i>10/10</i>	DATA: <i>2/2/10</i>
ESPECIALISTA 2: <i>Ortopedia</i>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

Dr. Rafael
 Chefe Geral e Pol. Ortop.
 CRM 4002

MÉDICO (CARIMBO)

Presença de queda de mais de 50 horas. Presença de vômito em vômito
nitidez de movimento. Uterus grande de consistência, molar, vômitos, idas em
a síndrome. Sem outras queixas.

EXAME FÍSICO: BSB, VAP, sem convulsão; Supine em O₂ ambiente; Sem perfundido e sem sinais de instabilidade hemodinâmica; Glasgow 15.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA AP: Cerebral

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Piso do Cipreste
Bona

Dr. Rafael P.
Engenheiro de Análise
Cristina S.

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 06/04/18
MAT. Nº
SAME
ASSINATURA

ARUANA SEC
06 JUN 2018

Assinatura e Carimbo do Responsável

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

⁴⁴ Escola de Trauma Revivida (RT): Base sólida de sobrevivência para psicólogos de trauma fechado. Referência Adaptado de Chapman H. R. Secco WJ. Coping, 41: 4 revisão of the Trauma score. J. Trauma 23(5) 624, 1988.

FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / /	HORA:	
SAÍDA:	DATA: / /	HORA:	
Decisão Médica ☐	À Revelia ☐	Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / /	HORA:	
Entregue à família	com Atestado ☒	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐

Dr. Alípio Carmo Jr. - Júnior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 47622-0/SP
Médico (Carimbo)

→ Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / /	HORA:	
SAÍDA:	DATA: / /	HORA:	
Decisão Médica ☐	À Revelia ☐	Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / /	HORA:	
Entregue à família	com Atestado ☐	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐

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: 18/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DA SILVA SOARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000168391-0

Nr. da Autenticação E1F6FD3750DE7721

Companhia Especializada do Rio Grande do Norte
Rua Mariz, 130. Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 54025-250
CNPJ: 06.316.199/0001-81 | Insc. Est. 30065198-0 | www.casari.com.br

nickel on clients

[illegible]

INDICE DA UNITARI CONSUMIDORA

圖書分類: 歷史 地理 4 F1

DECLARATION

5. የፍትሕ ጥያቄዎች
 ለሰነዱ ተፈጻሚነት ማስፈጸም
 የሚገቡትን ጥያቄዎች ይጻፉ፡-

RESEARCH AND
DEVELOPMENT
EQUIPMENT

CONTA CONTROLO	MEMORAND
7008659367	05/2018
DATTA CUI TROVAMENTO	PERIODO PER IL CUI LA PR
30/05/2018	22/06/2018

NR DA MATRÍCULA	NOME	ENDEREÇO
001888	HAY	7562018
APRESENTAÇÃO	NR DO CASAMENTO	NR DA MATRÍCULA
20150101	3000000001	40107

67.09

[illegible]

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
10.000.000	0,033333554	333.335,54
		0
		12
		0
		0
		0
		0
		0

IC: [4] 303-304

6.7 cm

DEMONSTRATION OF CONCRETE DISTANTIA FISCALIS

Nº DO MEMORIAL	TIPO DE FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE SOL	CONTEÚDO	AJUSTE	COMBUSTÍVEL SOL
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
11.5.2011.12	1.1	2.5.11.12	09:00	31.12.2011	09:00	30	1.000,00		62,00

天正十三年(1585)の文書に「三浦半島」とあるのは、三浦郡の古名である。

02/03/2006 09:14 AM

Journal of Management Inquiry

Mo. Anos 1976	Saldo em Cálculo	%	Valor do apórego	Valor da Contribuição	Saldo em Cálculo	%	Valor do apórego
MAI 76	4,2			10,00	10,00	100,00	10,00
JUN 76	3,5			10,00	10,00	100,00	10,00
JUL 76	3,0			10,00	10,00	100,00	10,00
AUG 76	2,5			10,00	10,00	100,00	10,00
SET 76	2,0			10,00	10,00	100,00	10,00
OCT 76	1,5			10,00	10,00	100,00	10,00
NOV 76	1,0			10,00	10,00	100,00	10,00
DEZ 76	0,5			10,00	10,00	100,00	10,00
JAN 77	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
FEB 77	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
MAR 77	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
ABR 77	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
MAY 77	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
JUN 77	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
JUL 77	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
AUG 77	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
SET 77	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
OCT 77	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
NOV 77	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
DEZ 77	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
JAN 78	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
FEB 78	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
MAR 78	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
ABR 78	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
MAY 78	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
JUN 78	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
JUL 78	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
AUG 78	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
SET 78	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
OCT 78	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
NOV 78	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
DEZ 78	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
JAN 79	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
FEB 79	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
MAR 79	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
ABR 79	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
MAY 79	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
JUN 79	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
JUL 79	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
AUG 79	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
SET 79	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
OCT 79	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
NOV 79	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
DEZ 79	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
JAN 80	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
FEB 80	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
MAR 80	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
ABR 80	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00
MAY 80	0,0			10,00	10,00	100,00	10,00

Phosphorylation of the α -subunit of the Ca^{2+} ATPase is a key event in the regulation of the pump. The phosphorylated pump is inactivated and cannot transport Ca^{2+} . The phosphorylation of the pump is a reversible process and is regulated by the concentration of Ca^{2+} and the presence of ATP. The phosphorylation of the pump is a key event in the regulation of the pump.

ATENÇÃO: A COSEB NÃO POSSUI CONTAS EM ABERTO

Downloaded from <http://ajphaphysocpharm.sagepub.com/> at UNIV OF CALIF SAN DIEGO on June 11, 2015

Variable	Definition	Value	Value	Reference	Value
----------	------------	-------	-------	-----------	-------

De acordo com o artigo 1º da Lei nº 10.406/2002, o direito de propriedade é o direito de usar, gozar e dispor de uma coisa, sem interferência de terceiros. No entanto, esse direito não é absoluto, ou seja, não pode ser exercido de forma que cause danos a terceiros ou ao meio ambiente.

Hvert skilaboð hefur sína eigin
 áttuð og ábyrgð. Þetta er
 skilaboð sem hefur verið
 gefið út af höfundinum og
 er ekki ábyrgð höfundarinnar
 á eigin áttuð og ábyrgð.
 Þetta skilaboð er gefið út
 af höfundinum og er ekki
 ábyrgð höfundarinnar á
 eigin áttuð og ábyrgð.
 Þetta skilaboð er gefið út
 af höfundinum og er ekki
 ábyrgð höfundarinnar á
 eigin áttuð og ábyrgð.

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

www.elsevier.com/locate/jct

CONCEITO	VALOR ANUALIZADO (R\$ 1.000)	LIMITE ORÇAMENTAL	LIMITE TRIBUTÁRIO	LIMITE ANUAL	TAXA DE RECEITA FISCAL (%)	LIMITE DE VOTAÇÃO (%)	
						MÍNIMO	MÁXIMO
IMC	5,29	11,58	23,16	46,32	200	200	231
FIC	1,00	2,67	15,34	30,68			
IMC	5,29	11,58	23,16	46,32			

1—DECEMBER 1967 PUBLISHED BY THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS PRICE \$3.00

ARUANA SEGUROS

06 JUN 2018



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Marquês, 159 - Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 06.324.195/0001-61 | Ins. Est. 10953195-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SANTA MARIA, 22

CPF 702 857 364-53

C1 ASSINHAÇÃO

DELA PARNAMIRIM/AREA URBANA

PARANAMIRIM/RN

59142-002

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO

MES/MO

Nº DA NOTA FISCAL

SÉRIE

VERSÃO

00074906

APPROPRIAÇÃO

UNICA

Nº DO CLIENTE

17/10/2017

Nº DA INSTALAÇÃO

17/10/2017

300091617

1233045

7004991243

DATA DE VENCIMENTO

10/2017

DATA DE VENCIMENTO

24/10/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

14/11/2017

115,03

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VAL. (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	178,000000	0,55103518	97,11
Adesão em Bandeira AMARELA			2,17
Adesão em Bandeira VERMELHA			4,02
Contribuição Iluminação Pública			11,73

TOTAL DA FATURA

115,03

REMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MÊS/ANO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
24/06/17	1	15/06/17	2 867,00	17/10/17	3 045,00	137	-10000		178,00

DETALHAMENTO DE UTILIZAÇÃO

INFORMAÇÃO DE TENDÊNCIAS

COMPARAÇÃO DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (kWh)	PERÍODO	CONSUMO (kWh)	PERÍODO	CONSUMO (kWh)
01/07/17	126	01/07/17	126	01/07/17	126
02/07/17	56	02/07/17	56	02/07/17	56
03/07/17	7	03/07/17	7	03/07/17	7
04/07/17	6	04/07/17	6	04/07/17	6
05/07/17	0	05/07/17	0	05/07/17	0
06/07/17	0	06/07/17	0	06/07/17	0
07/07/17	0	07/07/17	0	07/07/17	0
08/07/17	140	08/07/17	140	08/07/17	140
09/07/17	200	09/07/17	200	09/07/17	200
10/07/17	244	10/07/17	244	10/07/17	244
11/07/17	250	11/07/17	250	11/07/17	250
12/07/17	236	12/07/17	236	12/07/17	236
13/07/17	231	13/07/17	231	13/07/17	231

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagador desta Nota Fiscal deve ser o titular ou responsável pela unidade consumidora. A emissão desta Nota Fiscal é condicionada à regularização da conta de energia elétrica. O não pagamento desta Nota Fiscal pode acarretar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O consumidor deve manter esta Nota Fiscal em seu arquivo pessoal para fins de comprovação de pagamento. A Nota Fiscal é emitida em nome do consumidor e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento por terceiros. A Nota Fiscal é emitida em nome do consumidor e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento por terceiros.

ATENÇÃO: O GOVERNO INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ADETO

VENIO	UNIDADE	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
24/06/17	17/10/17	154,00	154,00	154,00	154,00

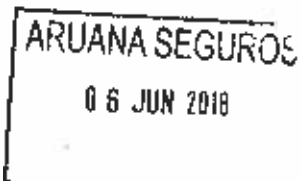
De acordo com a legislação, o consumidor deve manter esta Nota Fiscal em seu arquivo pessoal para fins de comprovação de pagamento. A Nota Fiscal é emitida em nome do consumidor e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento por terceiros. A Nota Fiscal é emitida em nome do consumidor e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento por terceiros.

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	178,00	178,00	178,00	178,00	178,00
CONSUMO	178,00	178,00	178,00	178,00	178,00
CONSUMO	178,00	178,00	178,00	178,00	178,00

Unidade: R\$ 0,00 | Valor: R\$ 115,03 | Valor: R\$ 115,03 | Valor: R\$ 115,03 | Valor: R\$ 115,03 | Valor: R\$ 115,03

CONTA CONTRATO: 7004991243 | MÊS/MO: 10/2017 | DATA DE VENCIMENTO: 24/10/2017 | TOTAL A PAGAR (R\$): 115,03

83890000001-3 15030038407-9 00499124320-2 00688862813-9



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 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 COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Robinson Luis Vidal Freire inscrito (a) no CPF/CNPJ 302.851.364 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José da Silva Soares inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.294.724 / 26 do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima José da Silva Soares, inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.294.724 / 26, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

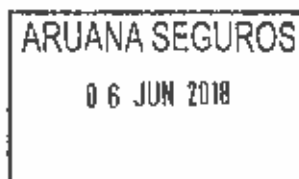
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência Junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Santa Maria</u>		Número <u>22</u>	Complemento <u>case</u>
Bairro <u>Bela Parnamirim</u>	Cidade <u>Parnamirim</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59242-682</u>
Email <u>nae.pamir</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(84)98706-5749</u>

Mato 06 de junho de 2018
Local e Data

Robinson Luis Vidal Freire
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSELITO MARQUES DA SILVA,

RG nº 1755334, data de expedição 17/12/2006

Órgão DETRANAL, portador do CPF nº 064.802.874-79, com domicílio na cidade de SÃO GONÇALO DO AMARANTE no Estado de RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SERVIÇA DE BAIXO, nº 06,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JOSE DA SILVA SOARES, cujo o condutor era

JOSELITO MARQUES DA SILVA.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA 160 ISO

Ano: 2014

Placa: OGA 8398

Chassi: 9C2KC1660FRE05749

Data do Acidente: 07/02/2018

Local e Data: São Gonçalo do A. - 06/06/18

2º OFICINISTA

JOSELITO MARQUES DA SILVA
Assinatura do Declarante

JOSELITO MARQUES DA SILVA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Cartório do São Gonçalo do Amarante - Rio Grande do Norte
Rua - da Primeira Cruz (ex Avenida Brasil) - 1º e 2º setores de São Gonçalo do Amarante - RN

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) Assinatura(s) da(s) Senhor(a):
JOSELITO MARQUES DA SILVA

Registro: 0009 101 04475 CPF/ME: 064.802.874.79
São Gonçalo do Amarante/RN - 06 de junho de 2018

☐ Sérgio Luiz de Faria ☐ Brenda Carolina da Silva ☒ Sérgio Sérgio de Morais
Válida com selo de autenticidade. Ampla validade. Lei nº 9.615/2012

ARUANA SEGUROS
06 JUN 2018



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **6096 /2018**

Admissão: 07/02/2018 09:59:28



FATURADO

EM

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **60523 - JOSE DA SILVA SOARES** (43 a 4 m 10 d)

Nascimento: 27/09/1974 Natural: SERRINHA, BRASIL

CNS: 898000754715177 CPF: 02629472426

Mãe: IRACEMA ALEXANDRE DA SILVA Pai:

Logradouro: MACEDO, 4

CEP: 59298622

Bairro: SERRINHA

Sexo: M Cor: PARDA

Prof:

Cidade: SAO GONCALO DO
AMARANTE

Telefone:

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO 07 02 18 10.37

*Empresa:

Fluxograma:

OBS: REGULADO COM DR. GESSICA

Discriminador:

Classificação: 07/02/2018 09:49:24

HORA	P.A.	HGT	SAT	NATAL	F.R.	F.C.	TEMP	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TREAUMA EM OMBRO DIREITO

Hora:

*Lesão acidental de moto, queda, vítima
do acidente. Sem outras queixas ou lesões.*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

ARUANA SEGUROS

06 JUN 2018

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Edição Hospitalar de Epidemiologia

08 02 18

RAIOS-X 10.27

Realizado em: 7/2/18 10.37

Técnico:

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): _____

M (MEDICAÇÃO EM USO): _____

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): _____

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____

V (PASSADO VACINAL): _____

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Rx ombro D AS radioluc. fratura completa

Dr. Alípio Carmo Jr. Segundo
Ortopedista e Traumatologista

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

De ombro
Fratura na escápula
do ortopedista

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: *Unygn Gm*HORA: *10/10*DATA: *2/2/10*ESPECIALISTA 2: *Ortopedia*

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

Dr. Rafael R. S.
Cirurgião Geral e de Emergência
CRM 4201

MÉDICO (CARIMBO)

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: # CIR. GERAL

ANAMNESE

Paciente refere queda de peso há 15 horas. ~~Enfermeira~~ ^{Enfermeira} não está com em contato com limitação de movimento. Nega queda de consciência, náuseas, vômitos, dor em tórax ou abdome. Sem outras queixas.

EXAME FÍSICO ECG, VAP, sem cirurgia; supine em O₂ ambiente; sem perfundido e sem sinais de instabilidade hemodinâmica; Glasgow 15.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA Ap. Lung

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)---

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

pero es en parte un
vicio

(Signature)

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 06/10/118
MAT. N°
SAME
ASSINATURA

ARUANA SFF
06 JUN 2018

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Oftalmos se abrem espontaneamente.	4
Oftalmos se abrem ao comando verbal (não confundir com o despertar de um paciente adormecido, se assim for marque 4, se não 3)	3
Oftalmos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftalmos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (responde corretamente às perguntas sobre nome, data, hora, estado civil, e data de nasc.)	5
Consciente (responde às perguntas corretamente, mas não a perguntas espontâneas e confusos)	4
Palavras inapropriadas (fala incoerente, mas sem risco de conversação real)	3
Sons eufônicos (Gargalhando sem qualquer palavras)	2
Assens	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais (faz o que se pede quando não há dependência)	6
Localiza a dor (resposta)	5
Reflexo nega a dor	4
Passivo (não a dor) (Desorientado)	3
Passivo (sem a dor) (Desorientado)	2
Sem resposta motora	1
Totais	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 3
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
	3 = 0
FREQÜÊNCIA RESPIRATORIA	10-24 = 4
	>24 = 3
	6-9 = 2
	1-5 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	70-90 = 3
	50-70 = 2
	1-49 = 1
	0 = 0

²² "Escala de Trauma Revivida (RTS): Uma medida de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Charney H.R. Sacko W.I. Copes, 81-38: A Revision of the Trauma Scale. J. Trauma 23(3): 624, 1983.

CLASSIFICAÇÃO DO DTCE
(ATLS 2001)

၇၂- ပရိနာမကံ (အဓိပ္ပာယ်တူသော သေ
ယုတ်မှုများကို ဆိုလိုသည်)
၈၅- ဤကဲ့သို့ရာထူး၊
၈၆- လုံ့လစွမ်း

*Rulerings: BEASDALE G. JENNET, S. Assessed of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

“ E aqda se deu a primeira reunião com os pais e que colaboraram para a realização da 1ª aula. Na 2ª aula, a professora foi mais enfática sobre a importância da participação dos pais e de acordo com as sugestões dos pais, a professora, a seguir, realizou a 3ª aula.”

SEM OOR	LEVE	Modelado	Intansa	Pior Pensvel
0	1	2	3	4

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☒

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Dr. Alvinia Carmo de S. Aguiar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 47627-0/OT 1173
Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

DESTACAR

FIQUE ATENTO À SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL À CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE!



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

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Jon de Jesus Leon</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO				
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	☒ FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL ARUANA SEGUROS	11 - TELEFONE DE CONTATO				
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Partem da glândula (câncer) sobre</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Tratamento</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Prova 1 e 2 em anexos</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Partem glândula</i>	21 - CID INICIAL <i>T10</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0308010219</i>	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	29 - DT SOLICITAÇÃO <i>11/2/18</i>
CONFERE COM ORIGINAL NATAL, 06/04/18 MAT. Nº. SAME ASSINATURA			30 - CNS / CPF <i>030915164-16</i>	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS	
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -	
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
41 - CID PRINCIPAL		43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA
42 - CID SECUNDÁRIO				

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

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-1



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

José Pasinha Soares

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 001.411.708 DATA DE EXPIRAÇÃO 25/05/2018

NOME JOSE DA SILVA SOARES DATA DE NASCIMENTO 27/05/1974

FILIAÇÃO MAURINO RODRIGUES SOARES

NATURALIDADE ITRALEMA ALEXANDRE DA SILVA

SERIE/RN SERRINHA RN

DOC. ORIGIN. CERT. DE NASCIMENTO L-119 F-12318023027

END. GONCALO DO AMARANTE BH-2 CARVALHO

Q26.294.724-26

Assinatura: *João Paulo Ferreira do N. da Silva*

Assinatura: *João Paulo Ferreira do N. da Silva*

LEI Nº 7.116 DE 1966

ARUANA SEGUROS

06 JUN 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E VIABILIDADE
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

0090157 SSP RJM

CM 702.051.364-53 DATA NASCIMENTO 12/04/1969

PAISÃO
 SEBASTIAO FREIRE
 GENEVIA VITAL FREIRE

ESTADO CIVIL
 CASADO

PROFISSÃO
 02825087480

VALIDADEZ 13/11/2019 1ª EMISSÃO 15/04/2003

CONTINUAÇÃO

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL PARNAMIRIM, RN DATA EMISSÃO 14/11/2013

78945412024
 RN701857472

DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 882090202

PROFISSÃO PLASTIFICADA 882090202

ARUANA SEGUROS

06 JUN 2018

ARUANA SEGUROS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 012440322930
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

2 01023872460 2017

JOSEILTO MARQUES DA SILVA

001211343-3

064.802.874-79 QG88399

03A8398/RN 9C2KC16807RC05749

PASSAGIRO/MOTOCICLETA/MO APLICAVE COMBUSTIVEL ALCOOL-GASOL

HONDA/CG 150 TITAN EX ANO FAB 2014 ANO MOD 2015

OCV/149 CILINDRADAS PARTICULAR BRANCA

1 R\$ 0.00 08/06/2017 1º PAGO
2º PAGO
3º PAGO

TAXAS DETRAN: PAGO ** DPVAT: PAGO

ALLEN. FTD. EM FAVOR DE: 03.636.220/0001-65
BANCO HONDA S/A
MOTOR: XJ16BZF005749

890 GONCALO DE

SINCRAY MOTOCICLISMO DA SILVA
CORRETORES DE VEICULOS E VEICULOS

DETRAN

DETRAN

ARUANA SEGUROS

06 JUN 2018

RN Nº 012440322930 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodobrasil.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 18/05/2017

064.802.874-79

03A8398

01023872460 HONDA/CG 150 TITAN EX

2014

9C2KC16807RC05749

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE (R\$) DISTRIBUIÇÃO (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

TOTAL A SER PAGO RESUMIDO (R\$)

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04
www.ledseguradordpvat.com.br

18-05-2016

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180258803 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 07/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE E ESCAPULA À DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR DE FORTE INTENSIDADE NO OMBRO DIREITO, COM REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS E DA FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO. AO EXAME, PRESENÇA DE QUEDA DA CINTURA ESCAPULAR À DIREITA, COM DEFORMIDADE SALIENTE EM FACE ANTERIOR E POSTERIOR DA REGIÃO ESCAPULAR. HIPOTROFIA MUSCULAR DO BRAÇO DIREITO. ADM DA FLEXÃO DO OMBRO DIREITO DE 0º-70º, EXTENSÃO DE 0º-30º, ADUÇÃO DE 0º-20º, ABDUÇÃO DE 0º-70º, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA PREJUDICADAS PELA DOR. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR DO SEGMENTO ACOMETIDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DA GLENOIDE DA ESCAPULA DIREITA, COM USO DE TIPOIA ORTOPÉDICA. QUADRO CLÍNICO INDICADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, PORÉM SEGUNDO A VÍTIMA NÃO CONSEGUIU REALIZAR (SIC).

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/07/2018

Conduta mantida:

Observações: A VÍTIMA PORTAVA RX DA FRATURA DESCRITA ACIMA.

Médico examinador: Rosa Maria Vaz dos Santos

CRM do médico: 2109

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201485/18
Vítima: JOSE DA SILVA SOARES
CPF: 026.294.724-26

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 07/02/2018
Titular do CPF: JOSE DA SILVA SOARES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE DA SILVA SOARES : 026.294.724-26

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE : 702.851.364-53

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio da chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

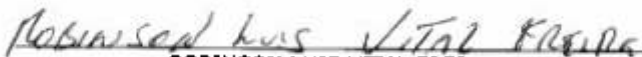
A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/06/2018
Nome: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE
CPF/CNPJ: 702.851.364-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/06/2018
Nome: PRISCILA FLORENCIO DA SILVA
CPF: 017.192.214-05


ROBINSON LUIS VITAL FREIRE


PRISCILA FLORENCIO DA SILVA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: JOSE DASILVA SOARES
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 1.411.708
CPF: 026294724-26
Profissão: AUTÔNOMO
Endereço: SERUNHA S. G. AMARANTE
CEP: 59290000
Telefone: 084 3229.4402

OUTORGADO:

Nome: ROBINSON LUIS VITAL FERREIRA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Identidade: 1099157
CPF: 702.857.364-53
Profissão: ALMOXARIFE DE SAUDADE
Endereço: ALIA SANTA MARIA N.º 22
CEP: 59290000
Telefone: 084 9-8706-3749

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: _____

1º Ofício
SUA RN

Natal - 12 Abril 2018

Local e data

JOSE DASILVA SOARES

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

12 ABR. 2018

Vanessa Viana
Escrevente

São G. do Amarante-RN

ARUANA SEGUROS

06 JUN 2018

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180258803**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE DA SILVA SOARES**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Principal, 9 -FT - Serrinha - São Gonçalo do Amarante - RN - CEP 59290-005

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ITEP /RN**] **001.411.708**

Data e local do acidente: [**07/02/2018**] **SÃO GONÇALO DO AMARANTE / RN**

Data e local do exame: [**10/07/2018**] **Natal** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA FECHADA DE E ESCAPULA À DIREITA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

A VÍTIMA REFERE DOR DE FORTE INTENSIDADE NO OMBRO DIREITO, COM REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS E DA FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO. AO EXAME, PRESENÇA DE QUEDA DA CINTURA ESCAPULAR À DIREITA, COM DEFORMIDADE SALIENTE EM FACE ANTERIOR E POSTERIOR DA REGIÃO ESCAPULAR. HIPOTROFIA MUSCULAR DO BRAÇO DIREITO. ADM DA FLEXÃO DO OMBRO DIREITO DE 0º-70º, EXTENSÃO DE 0º-30º, ADUÇÃO DE 0º-20º, ABDUÇÃO DE 0º-70º, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA PREJUDICADAS PELA DOR. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR DO SEGMENTO ACOMETIDO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DA GLENOIDE DA ESCAPULA DIREITA, COM USO DE TIPOIA ORTOPÉDICA. QUADRO CLÍNICO INDICADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, PORÉM SEGUNDO A VÍTIMA NÃO CONSEGUIU REALIZAR (SIC).

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do ombro direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

A VÍTIMA PORTAVA RX DA FRATURA DESCRITA ACIMA.



Rosa Maria Vaz dos Santos
CRM: 2109 - RN

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN