
Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190571787

Vítima: JOSE FRANCISCO NETO

Data do Acidente: 25/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FRANCISCO NETO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190571787

Vítima: JOSE FRANCISCO NETO

Data do Acidente: 25/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE FRANCISCO NETO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190571787

Vítima: JOSE FRANCISCO NETO

Data do Acidente: 25/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FRANCISCO NETO

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\$ 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

Recebedor: JOSE FRANCISCO NETO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000758

Conta: 0000029266-8

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 037.329.634-70 Nome completo da vítima: JOSE FRANCISCO NETO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO): CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JOSE FRANCISCO NETO CPF: 037.329.634-70

Profissão: ELETRICISTA Endereço: JOÃO ANDRÉ DA SILVA Número: 36-A Complemento: CASA

Bairro: NOVO HORIZONTE Cidade: CRUZETA Estado: RN CEP: 59375-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (084) 98754301
99420-9550

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (941)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0758 013 CONTA: 79266 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____

Local e Data: CRUZETA - RN 24/05/2019

Nome: JOSE FRANCISCO NETO

CPF: 037.329.634-70

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE FRANCISCO NETO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

RECEBIDO

TERRA DO SOL ADM. E CORR. DE SEGR.

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



POUPANÇA

Caixa

6277 8011 4762 8988

JOSE FRANCISCO NETO

0758 013 00039266-8 04/21

elo



Gov. 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 ACARI

Endereço: Rua Cândida Galvão, 80, Ary de Pinho, ACARI, FONE/FAX: (84) 3433-3967, E-MAIL: dmaacari@rn.gov.br

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019184000131

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 30/04/2019 09:38:36

1.4 Ulogou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 25/04/2019 18:30:00

2.3 Fato: Consumado

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Rural

2.7 Logradouro: ZONA RURAL, PROXIMO A FAZENDA MARGARIDA

2.8 Número: S/N

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTOS E FAZENDAS

2.13 Cidade: CRUZETA

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE FRANCISCO NETO

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA

3.5 Etnia: Sem Informação

3.6 Mãe: HELENA MARIA DA CONCEIÇÃO

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.8 CPF: 03732983470

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 04/07/1980

3.13 Profissão: ELETRICISTA

3.14 RG: 1794303

3.15 Telefone(s): 84 994709550

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 36

3.18 Nacionalidade: CRUZETA/RN

3.19 Bairro: NOVO HORIZONTE

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA JOÃO ANDRÉ

3.23 Cidade: CRUZETA

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) (NÃO FORAM INCLUIDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: *****01227

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: QQA3557

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: POP100

7.1.8 Ano do Modelo: 2015

7.1.10 Ano de Fabricação: 2014

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: JOSE RAIMUNDO DE ARAUJO

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: JOSE FRANCISCO NETO

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE COMPREendeu NESTA DELEGACIA E RELATOU QUE NO DIA E HORA DO FATO VINHA PILOTANDO A MOTOCICLETA DESCRITA ACIMA, EM UMA ESTRADA DA ZONA RURAL DE CRUZETA/RN, PROXIMO A FAZENDA MARGARIDA, QUANDO AO ATRAVESSAR UM RIACHO PERDEU O EQUILIBRIO E VEIO AO CHÃO, BATENDO A O OMBRO ESQUERDO EM UMA PEDRA, QUEBRANDO A CLAVICULA, QUE FOI ATENDIDO PRIMEIRAMENTE NA UNIDADE BASICA DE SAUDE ABILIO CHACOM, SENDO ENCAMINHADO PARA TIRAR RAIOS X NO HOSPITAL THIAGO DIAS EM CAICO, E DEPOIS ENCAMINHADO AO HOSPITAL WALFREDO GURGEL, ONDE FOI MARCADA A CIRURGIA. ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA DESTINA-SE A SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

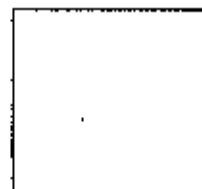
11. DECLARAÇÃO

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

Data: 30/04/2019 09:38:36

Policial

Interessado

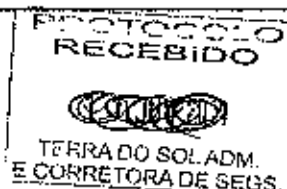


Polegar direito

Atendimento: 1717847 - Kleison Araújo Apucena

Impresso por: 1717847 - Kleison Araújo Apucena em: 30/04/2019 09:39:04

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **037.329.634-70** Nome completo da vítima: **JOSE FRANCISCO NETO**

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

Nome completo: **JOSE FRANCISCO NETO** CPF: **037.329.634-70**

Profissão: **ELETRICISTA** Endereço: **JOÃO ANDRÉ DA SILVA** Número: **36-A** Complemento: **CASA**

Bairro: **NOVO HORIZONTE** Cidade: **CRUZETA** Estado: **RN** CEP: **59375-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(84) 98754301**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). **99420-9550**

DADOS CADASTRAIS

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0758** CONTA: **29266** **8**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário: _____

Local e Data: **CRUZETA - RN 24/05/2019**

Nome: **JOSE FRANCISCO NETO**

CPF: **037.329.634-70**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE FRANCISCO NETO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

PROCURADOR RECEBIDO

TERRA DO SOL ADM. E CORR. BENEF. SEGS.

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



MUNICIPAL DE CRUZETA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE ABÍLIO CHACON FILHO
CNPJ 08.108.310/0001-50 - CRUZETA/RN - TEL: (84) 3473-2355 - FAX: (84) 3473-2352



Nome: Jose Francisco Neto Reg: 73.305

D. Nas.: 04/07/80 Cor: _____ Sexo: M Est. Civil: _____

Mãe: _____ Telefone: _____

Naturalidade: Angela Profissão: _____

Endereço: João Augusto 36 Cidade: Cruzeta

Data: 25/04/19 Hora de Entrada: 18:00 SUS: 704 2097 52703480

Atend. 1ª Vez ☒ Subsequente ☐

TA: 110x80 mmHg PULSO: _____ ppm RESPIRAÇÃO: _____ mpm T: _____ °C PESO: _____ kg

HGT _____ SPO₂ _____

HIST. CLÍNICO

paciente relata ter sofrido com queda de moto (SIC). Dor no ombro E.

CONDUTA

Rx do ombro E.
Ibuprofeno 15mg I 2x.
Fisioterapia

Dr. João Augusto Felício da Silva
CRM: 561
RPP: 10.314.15
Médico - Carimbo

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

Fratura de clavícula.

DESTINO DO PACIENTE

Fico no Local: ☐
A Alta por Ordem Médica ☐
À Pedido ☐
À Revelia ☐
Data _____ às _____ h ☐
Removido em: _____
Hora: _____ h
Para: _____
Óbito em: _____
Hora: _____ h

PROTOCOLO
RECEBIDO

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Médico - Carimbo

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: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FRANCISCO NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00758

CONTA: 000000029266-8

Nr. da Autenticação 38ADC9C2C8FF0372



Terça-Feira de Energia Elétrica - Curitiba tel 16 438, de 24/04/2019
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Memm, 150, Balda, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
 CNPJ 08.324.199/0001-81 | Insc. Est. 20066199-9 | www.cosern.com.br

CADASTRO DE CLIENTES

JOSE FRANCISCO NETO

CPF: 837.329.634-70

CLASSIFICAÇÃO

61 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

ENDEREÇO (NÚMERO E COMPLEMENTO)

ALIA JOAO ANOBE DA SILVA 36A

NOVO HORIZONTE/ÁREA URBANA
 CRUZETA RN
 59375-008

CONTA CONTRATO MÊS/ANO
 0774174010 04/2019
 DATA DE VENCIMENTO DATA DE VENCIMENTO
 30/04/2019 05/05/2019
 TOTAL A PAGAR R\$ 333,02

022120848 UNICIA UNICIA/2019
 05/04/2019 0000430758 200504

Consumo Ativo (kWh)
 Contador Rm. Publica Municipal
 Compensação DM C 02/19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
420,0000000	0,74016817	313,08
		20,33
		-0,39

TOTAL DA FATURA

333,02

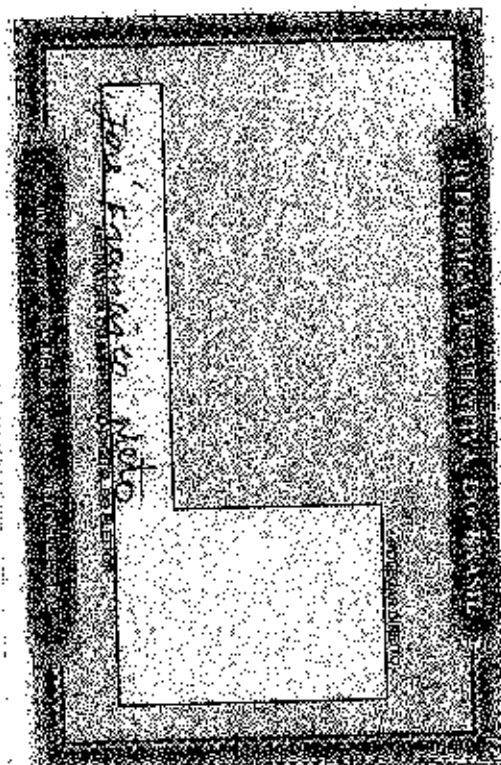
Nº DO MÊS/ANO	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº DE CONTADOR	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
200504	CAT	05/04/2019 20 804,00	05/04/2019 20 227,00	25	1,0000		420,00

Mês/Ano	Valor de Consumo	Valor de Energia	Valor de Taxas	Valor de Outros	Total
200504	313,08	20,33	-0,39		333,02

População por unidade de consumo: 100 habitantes. A taxa de consumo é calculada com base no valor médio de consumo por unidade de consumo. A taxa de consumo é calculada com base no valor médio de consumo por unidade de consumo. A taxa de consumo é calculada com base no valor médio de consumo por unidade de consumo.

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0774174010	04/2019	30/04/2019	333,02

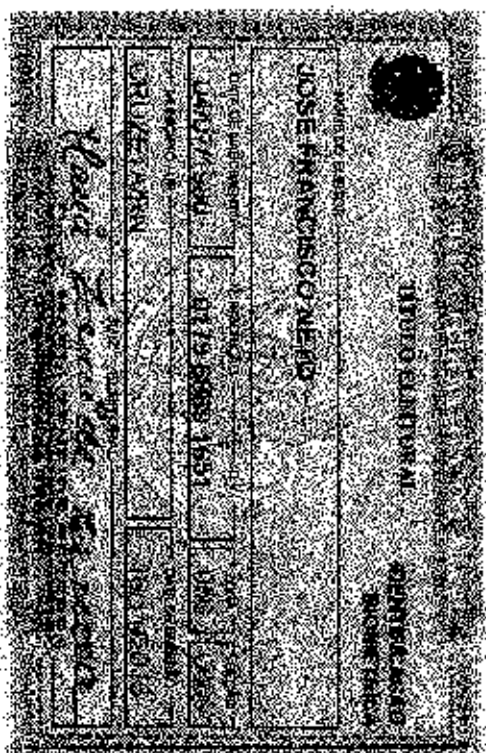
83870000003-6 33020038400-8 77417101020-3 01380659813-3



PROTOCOLO RECEBIDO

TERRA DO SOL ADM.

CORRETORA DE SEGS.



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

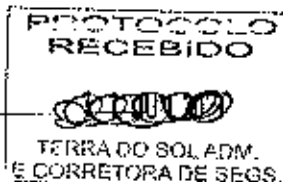
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / 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

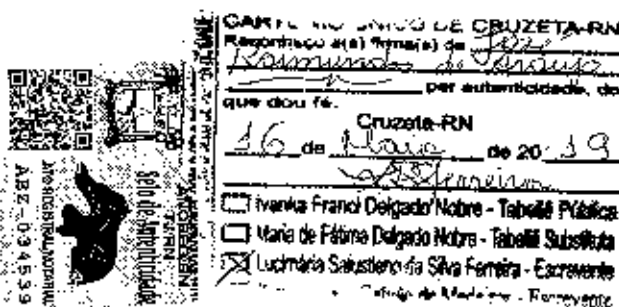
Eu, JOSÉ RAIMUNDO DE ARAÚJO
RG nº 002.178.777, data de expedição 14/11/2018
Órgão SSP, portador do CPF nº 049.838.844-16,
com domicílio na cidade de CRUZETA, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
JOÃO ANDRÉ, nº 35,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
JOSE FRANCISCO NETO, cujo o condutor era
JOSE FRANCISCO NETO
Veículo: MOTO Modelo: HONDA/POP 100 Ano: 2014/2015
Placa: OGA 3557 Chassi: 9C2 HB 0210FR001227
Data do Acidente: 25/04/2019

Local e Data: CRUZETA RN 16/05/2019



 José Raimundo de Araújo
Assinatura do Declarante

José Francisco Neto  **Reconheço
Cartório**
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



2º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS DE CURRAIS NOVOS - RN
Atenção: Rua (Quilômetro Desafiado) - Tabuleiro e Registração
Rua João Pessoa, nº 53 - Currais Novos - RN - Fone: (84) 3431-2200 - CEP: 59.300-000

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de JOSE
FRANCISCO NETO, Dou fé. Currais Novos - RN.
Protocolo 8088. Solo: AJP-057130

Karina Francisca Medeiros - Escrevente
Data: 23/05/2019 Hora: 14:49

INCER - Instituto do Cérebro

Eletroencefalograma com mapeamento cerebral - Eletroencefalografia - Polissonografia

Dr. Heider Lopes de Souza

Neurologia - Neurocirurgia
CRM 3401

Heider Lopes de Souza

O paciente José Francisco
Neto, 38 anos, casado, com filhos
e netos, apresenta sintomas de
epilepsia.

Exame de alta resolução
neurofisiológica.

C19 54 L1 51103

Heider Lopes de Souza

Neurologia - Neurocirurgia

CRM 3401

Dr. Heider Lopes de Souza

CRM 3401

HARMONY MEDICAL CENTER

Rua Joaquim Manoel, 618 - 7º Andar



MUNICIPAL DE CRUZETA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE ABÍLIO CHACON FILHO
CNPJ 08.108.310/0001-50 - CRUZETA/RN - TEL: (84) 3473-2355 - FAX: (84) 3473-2352



Nome: Jose Francisco Neto Reg: 73-305
D. Nas.: 04/07/80 Cor: _____ Sexo: M Est. Civil: _____
Mãe: _____ Telefone: _____
Naturalidade: Cruzeta Profissão: _____
Endereço: João Batista 36 Cidade: Cruzeta
Data: 25/04/19 Hora de Entrada: 18:00 SUS: 704 2097 62703480

Atend. 1ª Vez ☒ Subsequente ☐
TA: 110 x 80 mmHg PULSO: _____ ppm RESPIRAÇÃO: _____ rpm T: _____ °C PESO: _____ kg
HGT _____ SPO₂ _____

HIST. CLINICO

Paciente relata ter sofrido queda de moto (sic). Dor no ombro E.

CONDUTA

R x do ombro E.
Moxicam 15mg I.v.
Imobilizar

Dr. João Nivaldo Felfosa da Silva
CRM 561
Medico - Carimbo

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

Fratura de clavícula.

DESTINO DO PACIENTE

Fico no Local: ☐
A Alta por Ordem Médica ☐
À Pedido ☐
À Revelia ☐
Data: _____ às _____ h ☐
Removido em: _____
Hora: _____ h
Para: _____
Óbito em: _____
Hora: _____ h



Médico - Carimbo



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 21460 /2019
Admissão: 27/04/2019 16:45:03

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 124734 - JOSE FRANCISCO NETO (38 a 9 m 23 d)
Data de nascimento: 04/07/1980 Natural: CRUZETA, BRASIL
S: 704209762803480 CPF: 03732963470
Mãe: HELENA MARIA DA CONCEICAO Pai:
Graduado: JOAO ANDRE DA SILVA, 38
P: 59375000 Bairro: NOVO HORIZONTE Cidade: CRUZETA
Telefone: 84. 91611076 Compl:

Sexo: M Cor: PARDA

Prof:

Cidade: CRUZETA

BOLETIM COM REGISTRO DE
EMISSÃO 27/04/19
SAÍDA 10/11/19
MAGALHÃES

Objetivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA
Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa.

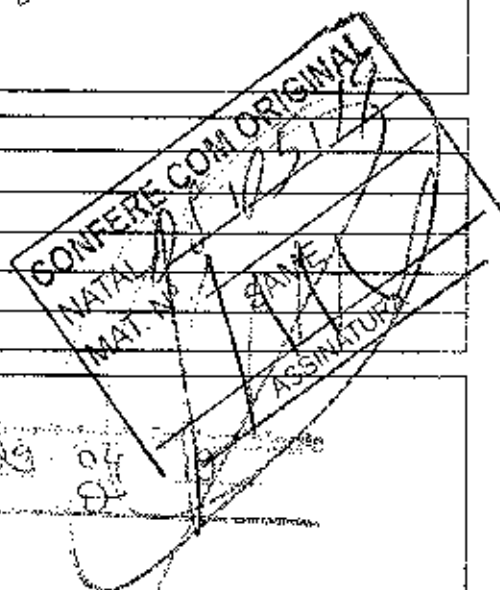
Exograma:					Discriminador:				
Sinais:					Classificação: 27/04/2019 16:40:22				
ORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA DE CLAVICULA E
Braço: _____

Queda de moto - com trauma de braço

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)



OUTRAS OBSERVAÇÕES:

29/04/2019

Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Fratura de Clavicula Fechada

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

ÓBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.D () ITEP

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUÇÃO 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:

AÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

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:

AÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MUNICÍPIO DE CRUZETA-RN

INCER - Instituto do Cérebro

Eletroencefalograma com mapeamento cerebral - Eletroneuromiografia - Polissonografia

Dr. Heider Lopes de Souza

Neurologia - Neurocirurgia
CRM 3401

Laudo Médico:

O paciente Joni Francisco Neto, 30 anos, foi vítima de acidente de motocicleta em 25/04/2019, com trauma torácico e fratura de clavícula esquerda, sendo atendido (glauco) no Hospital de Urgência. Após atendimento, pleurotorax esquerdo e ES fechada.

CID S42.0 + S14.3

RECEBIDO

11 JUN 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Heider Lopes de Souza
Neurologia / Neurocirurgia
CRM 3401

Dr. Heider Lopes de Souza
CRM 3401

27/05/2019

HARMONY MEDICAL CENTER

Rua Joaquim Manoel, 615 - 7º Andar - Sl. 708 - Petrópolis
Telefone: (84) 3616.8085 - CEP: 59012-330 - Natal-RN

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar**
Nº 10067 / 2019**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSÊNHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **124734 JOSE FRANCISCO NETO**

Prontuário: _____

CNS: 704209762803480

Nascimento: 04/07/1980 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: HELENA MARIA DA CONCEICAO

Pai: _____

Endereço: RUA JOAO ANDRE DA SILVA, 36 - NOVO HORIZONTE - CRUZETA

Fone: 91611076 /

Município: CRUZETA

Código Municipal IBGE: 240300

UF: RN

CEP: 59375-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEdia

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

paciente vítima de queda de moto, evoluindo com fratura de clavícula, tratamento cirúrgico.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TRATAMENTO CIRÚRGICORESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
SEMILOGIA + RX

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

S42.7 FRATURAS MÚLTIPAS DA CLAVÍCULA, DA OMÓPLATA [ESCA*408010177. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA D

Profissional Solicitante / Assistente:

MARCONI MEDEIROS BRANDAO

Dr. Manoel Almeida M. de Abreu
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5476 D.F. 030.976.8002

CRM: 3642 / RN

Data da Solicitação 27/04/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)☐ Acidente de Trabalho☐ Acidente de Trabalho Típico☐ Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

Vínculo com previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Nº Autorização da AIH: _____

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Documento: ☐ CNS ☐ CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____


MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DO SERIDO
 CNPJ 12.430.870/0001-00
 RUA DE JACUÍ, 107 - JACUÍ, SÃO PAULO - SP
 CEP 05411-000

MAPA DE EVOLUÇÃO MÉDICA/ENFERMAGEM

REG. Nº 018

NOME: Jose Francisco Neto IDADE: 38 anos
 PAI: Francisco Das Chagas Silva
 MÃE: Helena Maria da Conceição
 ESTADO CIVIL: casado SEXO: Masculino PROFISSÃO: eletricista
 ENDEREÇO: Rua. Paul Andrei 36, Novo Horizonte, Lins/SP
 DIAGNÓSTICO:
 DATA DE ADMISSÃO: 07.05.1984 994719605

DATA	DO MÉDICO	DA ENFERMAGEM
7.5.19	Dr. Silvio Santos Filho Ortopedista - Traumatologista TEOT 9875 CRMIRN 4419	07.05.19 às 06.30 H. paciente deu entrada neste hospital para submetimento de um procedimento cirúrgico - Tec. famida
8.5.19	Dr. Silvio Santos Filho Ortopedista - Traumatologista TEOT 9875 CRMIRN 4419	07.05.19 Paciente saiu do hospital e foi submetido a um procedimento cirúrgico em Clínica Cirúrgica, Lins/SP. Dr. Silvio Santos Filho
9.5.19	Dr. Silvio Santos Filho Ortopedista - Traumatologista TEOT 9875 CRMIRN 4419	Paciente veio ao E.C.C. internamente. Dr. Silvio Santos Filho
10.5.19	Dr. Silvio Santos Filho Ortopedista - Traumatologista TEOT 9875 CRMIRN 4419	06.00 - Paciente veio ao E.C.C. internamente. Dr. Silvio Santos Filho
11.5.19	Dr. Silvio Santos Filho Ortopedista - Traumatologista TEOT 9875 CRMIRN 4419	08.05.19 Paciente veio ao E.C.C. internamente. Dr. Silvio Santos Filho

CONTINUA NO VERSO



REG. N° 1218-15

[illegible]

D - RELATÓRIO DA SALA DE CIRURGIA

Nome: Jose Francisco Veto Sexo: Masculino Idade: 37 anos

[illegible]

RELATÓRIO DA CIRURGIA

2014

Atts

Two 2nd order polynomials

Kodv62

2020-01-01

Winnipeg

Signature

Chadwick

7/20/79

$\frac{1}{2} \left(\frac{1}{2} + \frac{1}{2} \right) = \frac{1}{2}$

Number of hauls	<i>P. setiferus</i>	<i>P. setiferus</i> + <i>P. setiferus</i> + <i>P. setiferus</i>	<i>P. setiferus</i> + <i>P. setiferus</i> + <i>P. setiferus</i>
1	100	100	100

.....

02/01/74
02/01/74

(continued)

ASIDE IN 1970-71

Diagnóstico	OPF	Qtd. Tipo	NOME	COEF

	0	10	10	original
BRD JPSR				
single				

Intervenção Realizada: Tuberc SC

15 JUL 64	10	00	2	1000
-----------	----	----	---	------

[illegible]

Observações: Evidências apontam para o uso inadequado

Camilo Filho

Dr. Silvio Pantoja
Odontólogo
C.R.M. 4419

TECHNICAL

[illegible]

Cirurgião: _____

Ficha de Enfermagem - REG. N°

Nome: Donze Francisco Neto

End: Paul Andrei ; Nova Horizonte Nº: 36 Bairro: Cruz das

Cidade: Cruzeta DN: 1 / 1 / 1 Sexo: M Idade: 1 Apto. 1

Nome do Pai: _____ Mãe: _____

Estado Civil: _____ Telefone: _____ Idade: _____

Data	Hora	Medicamentos	Dose	Via	Observação	Assinatura
07/05/19	7:30	Soro Fisiológico 500ml	500ml	EV		Tic Essio
07/05/19	7:30	Equipo	1unid			Tic Essio
07/05/19	7:30	Zalco N 20	1unid			Tic Essio
07/05/19	11:00	Valtoron 75mg	1amp	IM + Ser 5ml		Tic Essio
07/05/19	11:00	Cefalotina 1g	1 Frasco	EV + ABD + Ser 10ml		Tic Essio
07/05/19	11:00	Dipirone	1amp	EV + ABD + Ser 10ml		Tic Essio
07/05/19	13:00	Soro Fisiológico 500ml	500ml	EV		Tic Essio
07/05/19	17:00	Cefalotina 1g	1 Frasco	EV + ABD + Ser 20ml		Tic Essio
07/05/19	17:00	Dipirone	1amp	EV + ABD + Ser 20ml		Tic Essio
7:30		cefalotina 1g + ABD	1amp	EV	S 10ml	24/05/19
7:30		Dipirone 1g + ABD	1amp	EV	S 10ml	24/05/19
7:30		Valtoron 75mg	1amp	IM	S 2ml	23/05/19
08:05	050	cefalotina 1g + ABD	1amp	EV	S 10ml	24/05/19
	050	Dipirone 1g + ABD	1amp	EV	S 10ml	24/05/19
		cefalotina + abd	0/2	EV	Sucesso	24/05/19
08:20	18:50	24/05/19				24/05/19



HOSPITAL
DO SERIDO

MUNICÍPIO DE CAICO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DO SERIDO
CNPJ 12.433.830/0001-91
Rua Dr. José Medeiros, 157 - Centro, CAICO/RN
Tel. 3421-2019

ANAMNESE
E
EXAME FÍSICO

RESUMO
DA
ALTA

NOME DO PACIENTE

Jose Francisco Neto

Nº DO REGISTRO

12/8-19

DATA ADMISSÃO

07/05/2019

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAME FÍSICO

Q.P.:

H. D. A.:

A. P. P.:

E. F. L.:

ASS. MÉDICO

RESUMO DA ALTA

Procedimento Realizado

Treat com bet Clave

Diagnóstico Final

Treat Clavícula E

Tipo de Procedimento

☒ Limpo ☐ Potencial M. Contaminado
☐ Infectado ☐ Contaminado

S A I D A

Data

Hora

Apresentou Infecção?

☐ Hospitalar ☐ Comunitária ☒ Não

Foi Utilizado Antimicrobiano?

☒ Profilaticamente ☐ Terapeuticamente ☐ Não

Motivo da Saída (AIH)

Se Motivo Saída = 1 Assinale Detalhadamente da Alta

☒ 1 Alta ☐ 2 Remoção ☒ 3 Curado ☐ 4 Melhorado ☐ 5 Inalterado ☐ 6 A Pedido ☐ 7 Inter p/ Diagnóstico
☐ 8 Óbito até 24 horas ☐ 9 Óbito após 24 horas ☐ 10 Administrativo ☐ 11 Por Indisciplina ☐ 12 Evasão ☐ 13 P/ Complementação

Preencher se Motivo = 2 (Remoção)

Indicação Clínica

Destino

Preencher se Motivo Saída = Óbito

Causa Mortis

Ocorreu Óbito
Causado por Infecção

☐ Sim ☐ Não

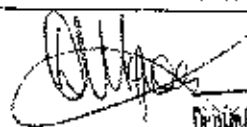
Médico Responsável (Carimbo Ass.)

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO

**ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MUNICÍPIO DE CRUZETA-RN**

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL MARIANO COELHO RUI PEREIRA DOS SANTOS	
JOSÉ FRANCISCO NETO	
RG: 1.794.303	CPF: 037.329.634-70
DATA DE NASCIMENTO: 04/07/1980	Sexo: (X)M () F
CARTÃO SUS: 704.2097.6280.3480	
Nome da Mãe: HELENA MARIA DA CONCEIÇÃO	
Endereço Completo: RUA JOÃO ANDRÉ, Nº36A – BAIRRO NOVO HORIZONTE, CRUZETA-RN	
TRATAMENTO CIRÚRGICO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS MÚLTIPLAS CLAVÍCULA E OMOPLATA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	
Clinica: (X) CIRÚRGICA () OBSTÉTRICA () PEDIÁTRICA () MÉDICA	
() BERÇARIA () UTI GERAL () UTI NEO NATAL	
LOCAL E DATA CRUZETA-RN 30/04/2019	CARIMBO E ASSINATURA DO AUTORIZADOR DÉBORA JULIANE MEDEIROS DE GÓES SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE



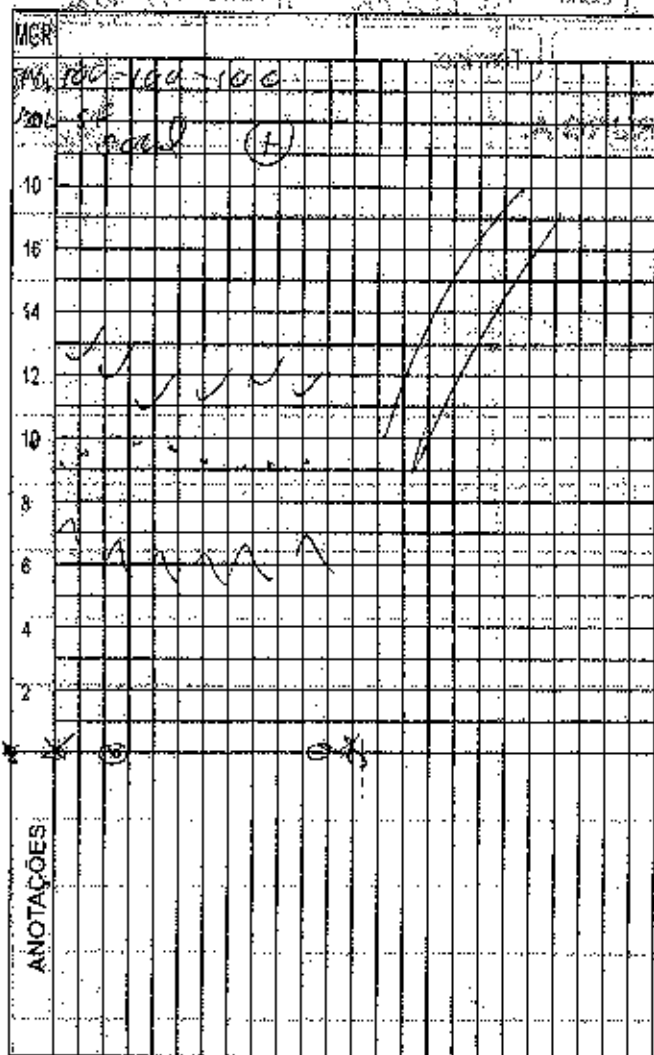
DÉBORA JULIANE MEDEIROS DE GÓES
Secretária Municipal de Saúde
Port. 000.001



E - BOLETIM DE ANESTESIA

Anestesia Tipo: BLO Interescalares C

Técnica: Ampl. Infus. M. B. de 100



DROGAS USADAS

- 1. Propofol 100mg
- 2. Midazolam 30mg
- 3. Clonazepam 10mg
- 4. Propofol 100mg
- 5. Propofol 100mg
- 6. Propofol 100mg

Início da Anestesia: 2500 Início da Cirurgia: 2600

Fim da Cirurgia: 10h10 Fim da Anestesia: 11h00

Observações:

Tempo	Minutos de Acréscimo	Minutos de Acréscimo	TOTAIS
US			

Data: 07.1.05

Ass: Francisco de Godaia Xavier

CPF: 000.000.000-00 CRM: AN 10004

Código SSM:

F - EQUIPE MÉDICA

EQUIPE	NOME	Cód.	Tipo	CPF	CRM	US	CIRURGIA
Cirurgião	Dr. Silva Filho	01					1. Pequena
1º Auxiliar	Dr. Silva Santos	02					2. Média
2º Auxiliar	Dr.	03					3. Grande
Anestesista	Dr. Francisco Tr.	06					4. Simultâneas
							5. Múltiplas
							6. Especial
							7. Principal e Secundária

Justificativa de permanência excessiva:

Outras Ocorrências:

Data da Alta: 07.1.05 Ass. do Médico Assistente:

CPF:

CRM:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO POLÍCIA CIVIL
 COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Jose Francisco Neto

ASSISTENTE DE POLÍCIA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO Nº 1.794.303-24 VTA Data de Emissão 15.04.2013

JOSE FRANCISCO NETO
FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA
HELENA MARIA DA CONCEIÇÃO

FLA. 1000000-00 04.07.1980
 DATA DE NASCIMENTO

SEI 1.795.00 148.114.8-1 FLA. 100 00 CANT.
 DE LAURETA-RN

037.329.634-70

[Assinatura]

DELEGADO DE POLÍCIA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSE FRANCISCO NETO

Nº de Inscrição
037329834-70

Data de Nascimento
04/07/80

[Barra de código de barras]

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, validade exigida por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura Jose Francisco Neto

JOSE FRANCISCO NETO

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 08/03/98

VITIMAS

PROTOCOLO RECEBIDO

[Assinatura]

**TERRA DO SOL ADM.
 E CORRETORA DE SEGS.**

JOSE FRANCISCO NETO

Data Nascimento: 04/07/1980 Sexo: M

704 2097 6280 3480

[Barra de código de barras]

CPF 1481148-1

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Sua busca por placa: QGA3557 UF: RN CATEGORIA: 09*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
	2019	R\$84,58	Quitado	
	2018	R\$185,50	Quitado	
	2017	R\$185,50	Quitado	
	2016	R\$297,48	Quitado	
	2015	R\$292,01	Quitado	
	2014	R\$100,11	Quitado	

(*) Motocicleta

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571787

Cidade: Cruzeta

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE FRANCISCO NETO

Data do acidente: 25/04/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME, CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA DE CERCA DE 10 CM. ADM DE FLEXÃO DO OMBRO ESQUERDO DE 0º-90º, EXTENSÃO DE 0º-30º, ADUÇÃO DE 0º-30º, ABDUÇÃO DE 0º-90º, ROTAÇÃO INTERNA DE 0º-30º E ROTAÇÃO EXTERNA DE 0º-30º.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, CERCA DE 11 DIAS APÓS O SINISTRO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/10/2019

Conduta mantida:

Observações: A VÍTIMA PORTAVA RX DA FRATURA SUPRA CITADA.

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
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



DESTINATÁRIO: TERUA DO SOL CONTEOMA DE SEGUROS
RUA: GENEAL GUSTAVO CONDEIRO DE FANTAS Nº 463
Bairro: PRAIA DO MEIO
CIDADE: NATAL - RN
CEP: 59.010-054



JU 39317939 5 BR



DEMETENTE: JOSE FRANCISCO NETO
RUA: JOÃO ANTONIO DA SILVA Nº 36-A
Bairro: NOVO HORIZONTE
Cidade: CALZADA - RW
CEP: 59375-000

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348096/19

Vítima: JOSE FRANCISCO NETO

CPF: 037.329.634-70

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE FRANCISCO NETO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE FRANCISCO NETO : 037.329.634-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/10/2019
Nome: JOSE FRANCISCO NETO
CPF: 037.329.634-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/10/2019
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

JOSE FRANCISCO NETO

THIARA VIRGINIA DA HORA

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: **3190375672**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE FRANCISCO NETO**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA JOAO ANDRE DA SILVA, 36 - NOVO HORIZONTE - Cruzeta - RN - CEP 59375-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ITEP /RN**] **1.794.303**

Data e local do acidente: [**25/04/2019**] **CRUZETA / RN**

Data e local do exame: [**25/06/2019**] **Natal** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA FECHADA IMPACTADA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

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

AO EXAME, PRESENÇA DE DISCRETA QUEDA DA CINTURA ESCAPULAR À ESQUERDA. CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA DE CERCA DE 10 CM.LIMITAÇÃO ACENTUADA DOS MOVIMENTOS DO OMBRO PORÉM AINDA EM TRATAMENTO .

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.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, CERCA DE 12 DIAS APÓS O SINISTRO. ATUALMENTE ENCONTRA-SE NO 48º DIA DE PÓS-OPERATÓRIO.AINDA EM TRATAMENTO .

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:

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 60 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):

% 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.

NÃO HÁ TEMPO HÁBIL PARA A CONSOLIDAÇÃO DA LESÃO



Rosa Maria Vaz dos Santos
CRM: 2109 - RN

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN

**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: **3190571787**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE FRANCISCO NETO**

Endereço do(a) Examinado(a):

R JOAO ANDRE DA SILVA, 36 - Cruzeta - RN - CEP 59375-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ITEP /RN**] **1.794.303**

Data e local do acidente: [**25/04/2019**] **CRUZETA / RN**

Data e local do exame: [**22/10/2019**] **Natal** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA FECHADA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

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

AO EXAME, CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA DE CERCA DE 10 CM. ADM DE FLEXÃO DO OMBRO ESQUERDO DE 0º-90º, EXTENSÃO DE 0º-30º, ADUÇÃO DE 0º-30º, ABDUÇÃO DE 0º-90º, ROTAÇÃO INTERNA DE 0º-30º E ROTAÇÃO EXTERNA DE 0º-30º.

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.

A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA COM OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, CERCA DE 11 DIAS APÓS O SINISTRO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. ALTA MÉDICA

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 esquerdo

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 esquerdo

% 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 SUPRA CITADA.



Rosa Maria Vaz dos Santos
CRM: 2109 - RN

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN