

# 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: 05/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02731-6

CONTA: 000000013919-X

---

Nr. da Autenticação 961F1F9A76D02945

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190689857

**Cidade:** Touros

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOAO DOS SANTOS

**Data do acidente:** 07/09/2019

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA E DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO, PRINCIPALMENTE PARA ADUÇÃO HORIZONTAL (20°), ABDUÇÃO 100° E ROTAÇÃO INTERNA (25°) DO BRAÇO ESQUERDO, SALIÊNCIA EM FOCO DE FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA, DIFÍCULDADE PARA CARREGAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR À ESQUERDA, NEUROVASCULAR DE SEGMENTO ACOMETIDO PRESERVADO. DIFÍCULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.

**Resultados terapêuticos:** RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 20/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>22,5 %</b>	<b>R\$ 3.037,50</b>

**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: 3190689857  
Nome do(a) Examinado(a): Joao dos Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Boa Cica, 247  
Zona Rural Touros RN CEP: 59584-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 422007  
Data local do acidente: [ 07/09/2019 ]  
Data local do exame: [ 20/12/2019 ] NATAL [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA E DE CLAVÍCULA ESQUERDA.**

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

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA E DE CLAVÍCULA ESQUERDA.  
NÃO FEZ FISIOTERAPIAS.**

Data da Alta: 03/12/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO, PRINCIPALMENTE PARA ABDUÇÃO HORIZONTAL (20°), ABDUÇÃO 100° E ROTAÇÃO INTERNA (25°) DO BRAÇO ESQUERDO, SALIÊNCIA EM FOCO DE FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA, DIFÍCULDADE PARA CARREGAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR À ESQUERDA, NEUROVASCULAR DE SEGMENTO ACOMETIDO PRESERVADO. DIFÍCULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.**

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

Sim  Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim  Não

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

**INVALIDEZ AO NÍVEL DE OMBRO ESQUERDO DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS**

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 o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO - Lado Esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

**LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS**

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

*Urai de Oliveira*

DR. URAI DE OLIVEIRA  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 4315



ESTADO DO GRANDE DO NORTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TOUROS  
Secretaria Municipal de Saúde

Nome: Georg Medeiros  
692

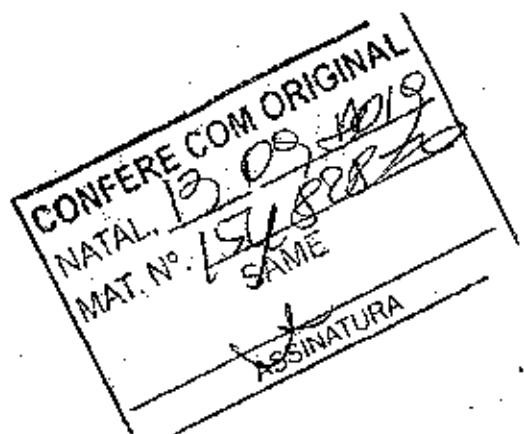
End.: \_\_\_\_\_

Ao Policlínico - RN

Vítima de acidente  
motociclista com ferimentos  
grave em face e crânio  
fazendo anamnese pub  
Tremotolli

*George Medeiros*  
George Medeiros  
Médico  
CRM RN 3821

Touros/RN, 07/09/00







Identificação

Enfermeira: \_\_\_\_\_ Letor: \_\_\_\_\_ UTI: \_\_\_\_\_ Letor: \_\_\_\_\_  
 Data de admissão: 05/01/19 Letor: \_\_\_\_\_ Alta: \_\_\_\_\_  
 Nome: José dos Santos Naturalidade: Touros (RN)  
 Idade: 60 Sexo:  Masculino  Feminino Data de Nascimento: 02/11/1958  
 RG: 422.007 352 (RN) Estado Civil: Casado Nível de Instrução: 1º Ano  
 Filiação: Pai: \_\_\_\_\_  
 Mãe: Angela Simplicia dos Santos  
 Endereço: Rua 6, nº 8, Poco Caco, Z. Rural Cidade: Touros (RN)  
 Telefone: 99217-3181 ( ) Residencial ( ) Trabalho ( ) Recado  
 Contato: \_\_\_\_\_ Outros telefones: \_\_\_\_\_  
 Composição familiar: 4 pessoas (Paciente + esposa + 2 filhos)  
 Outras informações: Faz uso de ( ) Álcool ( ) Fumo ( ) Drogas ( ) Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: agricultor Trabalho c/ vínculo empregatício ( ) Não ( ) Sim  
 ( ) Aposentado ( ) Auxílio doença ( ) BPC ( ) Autônomo ( ) Pensionista ( ) Desempregado  
 Programas e Serviços: ( ) Passe Livre ( ) Bolsa Família ( ) PETI ( ) PSF ( ) CAPs ( ) SAD  
 Internação decorrente de acidente de trabalho? ( ) Não ( ) Sim Nome da Empresa: \_\_\_\_\_

Forma de Acesso ao Serviço

( ) Sozinho - procurou atendimento ( ) Trazido por familiares ( ) Trazido pelo SAMU  
 ( ) Socorrido em via pública ( ) Outros meios \_\_\_\_\_  
 (X) Encaminhado: Hospital de origem: Touros

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? ( ) Não (X) Sim Qual o motivo? companho legal RG: 145584  
 Portador de deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Física ( ) Mental  
 Responsável pelo paciente: Maria e Raicel Silveira dos Santos RG: 145584  
 Parentesco: esposa Telefone: 99217-3181  
 Endereço do Responsável: Domínio

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas regulares, encontros, etc.)

Paciente sofreu queda de moto e ficou em tratamento pela DCE. Anuado as explicações de enfermeiros.

Saída

Óbito: Encaminhamento: Itep ( ) SVO ( ) DO ( ) Obs. \_\_\_\_\_

Alta hospitalar ( ) Transferência ( ) Destino: \_\_\_\_\_

Orientações/Encaminhamentos: \_\_\_\_\_

Paciente: 142507 - JOAO DOS SANTOS  
FIA: 4-8510/2019  
Idade: 60 ano(s) 10 mes(es) e 11 dia(s)  
Prescrição N°: 6  
Hospital / Unidade: WG - POLINHO  
Cenvêncio: SUS/GRATUITO

Nº Prontuário: 1188714 Peso:  
Data Internação: 08/09/2019 23:07  
Início Validade: 13/09/2019 07:48 até 14/09/2019 18:59  
Quarto / Leito: 1 - 26 \* -  
Médico Resp.: 861-BRUNA FERNANDES DOS SANTOS

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

13/09/2019 07:49:11 - #NCR - 6º DIH TCE (HS4+ OTOLIQUORRÉIA ESQ)  
PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL SEM INTERCORRENCIAS  
G14 (CONFUSO), PUPILAS ISO/FOTO  
SEM DÉBITO LCR PELO OUVIDO HÁ 48h  
CD: TC CONTROLE PARA AVALIAR ALTA

Dr. Clinton V. Pennington  
NEUROCHIRURGIA  
CRM 5103

TC controls new  
neurogenesis  
CB: ATC or NCR

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - BRANDA HIPOSSODICA				3h/3h	500	
SOLUÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - SOLUÇÃO DE a - SORO FISIOLOGICO CLOR. DE SODIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 11,8h	1.000	ML	IV	Continuo	28golar/min	
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML Diluição: 8ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h	10 18 04	06
4 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML S/N s/n Obs.: se pausar ou vômito	1	AMP	IV	8h/8h	50	
5 - FENITOINA 50MG/ML 5 ML Obs.: fazer 02 ml + 13 ml abd lv 8/8h	2	ML	IV	8h/8h	14 02	06
6 - OMEPRAZOL 40 MG (1FL+10ML DIL.) Obs.: 01 amp + 10 ml abd ev pela manhã	1	FR	IV	24h/24h	06	
7 - TRAMADOL 50MG/ML - 2ML Diluição: 160ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h	14 02	06
8 - ACETAZOLAMIDA 250 MG Obs.: COM O PACIENTE	1	COM	VO	8h/8h	14 02	06
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
9 - CABECEIRA ELEVADA				CONTÍNUO		
10 - CONTROLE HGT Obs.: + PROTOCOLO DE INSULINA REGULAR PADRÃO				8h/8h	11 17 23	06
11 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais Obs.: + OBSERVAÇÃO NEUROLOGICA RIGOROSA				8h/8h	50 60 70	

## ATA respiration

**CLEITON VIEIRA PEREIRA**  
CRM-5199/RN

Legenda: (A) alterado - (S) suspenso - (S/N) se necessário. Item em negrito e sublinhado é de alto risco.

13/09/2019 07:49

HOSPITAL MONSENHOR WALTEREDO GURGEL  
*Admissão de Internamento Hospitalar*

Nº FIA: 8510 /2019

Prontuário: 1188714

Paciente: 142607 - JOAO DOS SANTOS

Cartão SUS:705002410520257

CPF: 36602868420

Dt Nasc: 02/11/1958

Idade: 60 anos 10 meses 6 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: ANGELITA SINPLICIO DOS SANTOS

Nome do pai:

Rua/Av: TABOLEIRO

Complemento:

Nº:1

Bairro: AREA RURAL BOA  
CICCA

CEP: 59584000

Cidade: TOUROS

Telefone: 84 32327500 84 32327500

Especialidade: NEUROCIRURGIA

Unidade: POLITRAUMA

Leito: 11

Responsável: JOAO DOS SANTOS -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Admissão: 08/09/2019 23:07:50 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNOSTICO INICIAL: S06.6 - HEMORRAGIA SUBARACNOIDE DEVIDA A TRAUMATISMO

303040106 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

**RESUMO DE ALTA**

*COPIA DE CORPO ORIGINAL  
09/09/2019  
MAT. 8510-2019  
NATAL/RN*

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

NATAL, 08 de Setembro de 2019.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: OR. Pediátrica

ANAMNESE

Acidente moto centro

EXAME FÍSICO

Marcos - conto - conto da ferida  
adornos expostos

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Policomotriptado

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Fevereiro de 2009  
Atividade da casa  
Atividade de casa

João Alves Martins  
Médico CRM 7484

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Notas  
Marie em ótimo e  
Re: fez de ilustra  
(a) hirsutismo por fato de  
por (Lúpus) p/le  
outro

Assinatura e Carimbo do Responsável  
CRM 3300  
Heusemann Moreira  
Assinatura e Carimbo do Responsável  
CRM 3300

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

UCI

DATA: 08/09/19

HORA: 22:50

SAÍDA:

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)

Deslizar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

## EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS) Negativa

M (MEDICAÇÃO EM USO)

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

I (LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL) Identificação

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

1) TC de Vértebro + cervical + Abdomen + Pélvico

2) Raio X de pélvica

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Dr. Weiler

OUTROS

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

## CONDUTA PRÉ-TRIAGEM MEDICAÇÃO E PROCEDIMENTOS

Exame: TC de Vértebro: não evidenciou  
 de fraturas ou áreas contínuas e não patologia  
 de tecido e/ou pneumotórax; TC da Abd  
 sem lesões, aparente de máximas e não significativa  
 lesão na cavidade. TC da Pélvica com continuidade bilobular  
 (a) lesão da artéria renal.

## ASSINATURA E CARMÍDO DO RESPONSÁVEL

## ASSINATURA E CARMÍDO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <u>N.R.C</u>	HORA: 01:05	DATA: 07/09/2019
ESPECIALISTA 2: <u>BUCOMEDICO</u>	HORA: 01:05	DATA: 07/09/2019
ESPECIALISTA 3: <u>Ortopedico</u>	HORA: 07:30	DATA: 08/09/19

## DESTINO DO PACIENTE:

DATA / / HORA / / /

## INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

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

OBITÓ: DATA / / HORA / / /

ENTREGUE À FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) I.T.P



**HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO**

Nome do Paciente: JOAO DOS SANTOS (P.T)

Cód. Paciente: 846

DN: 02/11/1958

Idade: 60 ano (s);

Data Exame: 13/09/2019 - 09:00

Documento: -

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO**

**Metodologia:**

Obtidos cortes por metodologia multislice, sem o uso de contraste endovenoso.

**Análise:**

Área hipoatenuante de encefalomalácea/gliose frontal esquerda, de aspecto sequelar.

Sistema ventricular de morfologia e dimensões preservadas.

Não há desvio de estruturas da linha mediana.

Cisternas e sulcos corticais de amplitude dentro dos limites normais.

Restante do parênquima encefálico com coeficientes de atenuação habituais.

Ausência de coleções extra-axiais nos cortes obtidos.

Ateromatose das carótidas internas.

Laudo gerado: 13/09/2019 09:30. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbsrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: huQfmnGtx.

Assinado Por:

**Dr. Marcelo Jorge Dantas Marques**  
CRM-RN 5765 / RADIOLÓGISTA

Validação





PREFEITURA MUNICIPAL DE TOUROS  
HOSPITAL MUNICIPAL MINISTRO PAULO DE ALMEIDA MACHADO  
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

102

NOME: <u>João dos Santos</u>					
NOME DA MÃE: <u>Angelita Simplicio dos Santos</u>					
IDADE <u>60</u>	D. NASC: <u>02-11-58</u>	COR: <u>br</u>	ESTADO CIVIL:	TELEFONE:	Nº
ENDERECO: <u>Boca Leta</u>					
NATURALIDADE: <u>Porto</u>	CIDADE: <u>Touros</u>	UF: <u>CE</u>			
HORA DA ENTRADA: <u>22:46</u>		DATA: <u>7-9-19</u>		CARTÃO SUS: <u>36602868</u>	
TIPO DE ACIDENTE:					
ACOLHIMENTO:					
TEMPERATURA:	SINTOMATOLOGIA:				
TA: <u>120/80</u> mmHg	PULSO: <u>80</u>	RESPIRAÇÃO: <u>16</u>	DEFIC/DOENÇA: <u>( ) S ( ) N</u>		
ESTADO FÍSICO DO PACIENTE: <u>( ) PETÉQUIAS ( ) CEFALÉIA ( ) FEBRE ( ) EPISTAXE</u>					
<u>( ) APARENTEMENTE BEM ( ) REGULAR ( ) COM DISPNEIA ( ) CHOCADO ( ) COMATOSO ( ) COM HEMORRAGIA</u>					
<u>( ) POLI TRAUMATIZADO ( ) AGITADO ( ) OUTROS. O PACIENTE ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )</u>					
HISTÓRICO – CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA): <u>Travou (a garra, 1 pés, 1 m, 2000g)</u>					

EXAME FÍSICO – LESÃO OU AFECÇÃO ENCONTRADA:

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

EXAMES COMPLEMENTARES. DE REGISTRO.

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO SERVIÇO.

Clínico  Cirúrgico  Ortopédico  Neurológico  Otorrino  Oftalmológico  Cir. Plástica

CONDUTA:

Uma (146 g) avançada  
( ) Tensão: 40- ( ) 1000g

100% ferida

*George Medeiros*  
CRM 1000221

DESTINO DO PACIENTE

Internado  2.  Removido Destino

Retornou-se por:  Decisão Médica  a Pedido  A Revelia  Óbito; Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Certidão emitida sim  Não

OBSERVAÇÕES:



HSECRETAIA ESTADUAL DE SAUDE DO RN  
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS  
AV. JOAQUIM MANOEL, 720 PETRÓPOLES.  
CEP 29.012-300. (84) 3232-2656 / 3232-2634  
CNPJ 082417540133/95



RECEITUÁRIO MÉDICO

P/ Joás dos Snta.

- Uso Ol.

① Clorazepato 600s \_\_\_\_\_ 15gr

Tom 3 gr de 868h ss  
5 dia.

Natal, 18/05/19

Dr. Diego Garcia Cruz  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgia de Crânio e Cervelo  
CRM-RN: 13024 / TCRN: 15446

Assinatura do Médico.



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RN  
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PAREIRA DOS SANTOS  
RECEITUÁRIO MÉDICO



Detentor: Mário

Pt: Jânio do Santos c/ fractura  
do 4/3. médio da clavícula (e) no dia  
07/09/19, evolução tratamento essencial.  
Sem previsão de alta.

CIN: 5422

Natal, 02/10/19

Dr. Diego Garcia Cruz  
Ortopedista / Traumatólogo  
Assistente de Ortopedia e Ortopedia  
CRM-RN 10224 / TECR: 16425  
Assinatura do Médico



## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Glóis Sárinho

### RECEITUÁRIO

NOME: JOÃO DOS SANTOS MATRÍCULA:

Tabaceno 1

Área rural Bonança

Dist. - RN

P.

05

Admissione 05/03 - 25/03  
Fumar em 05/03 1x dia, fer 05/03

05

Médica - Internação 05/03 - 25/03  
Uso em 05/03 2x dia

Curativo 2x dia

✓ necessario nos primeiros

2x dia em 05/03 - 07/03

Antibiotico de cura

OTC / Itab.

João Alves Martins  
Médico / CRM 2464

DATA 05/03/15

MÉDICO - CRM

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA  
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR  
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

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

**RECEITUÁRIO**

NOME: *Vaca dos Santos*

MATRÍCULA:

*P*

*Mo. 50af*

① Diámon 250g

*01.6*

*Tenho o direito de fumar*

DATA 03/09/19

MÉDICO - CRM

*J. Dalton V. Freitas  
CRM - 1009*

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA  
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR  
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

010.019.106.25

## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO  
GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO  
AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N  
NATAL / RN - CEP: 59.015-380  
FONE: (084) 3232-7500  
C.G.C.: 08.241.754/0102-99

PACIENTE: *Antônio da Costa*  
ENDERÉC: *Av. Senador Salgado Filho, 1000*  
PRESCRIÇÃO: *Rx*  
*1000 mg de Clorotetraciclina - 01 dia*  
*Tomar 4x ao dia*  
*13/09/91*

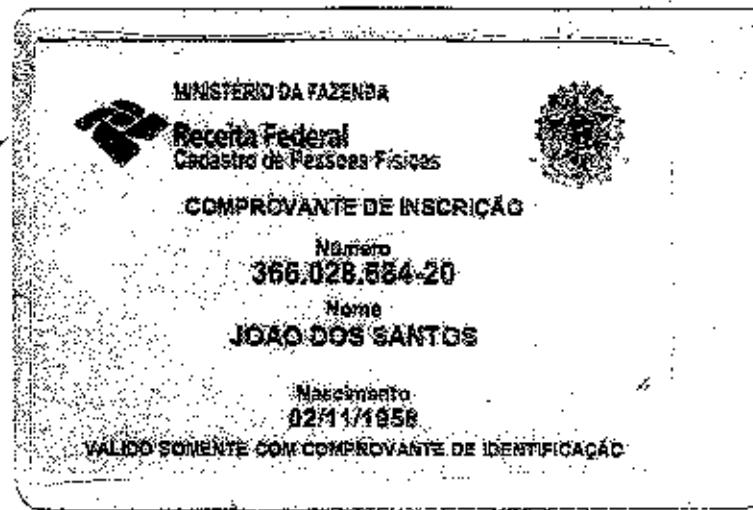
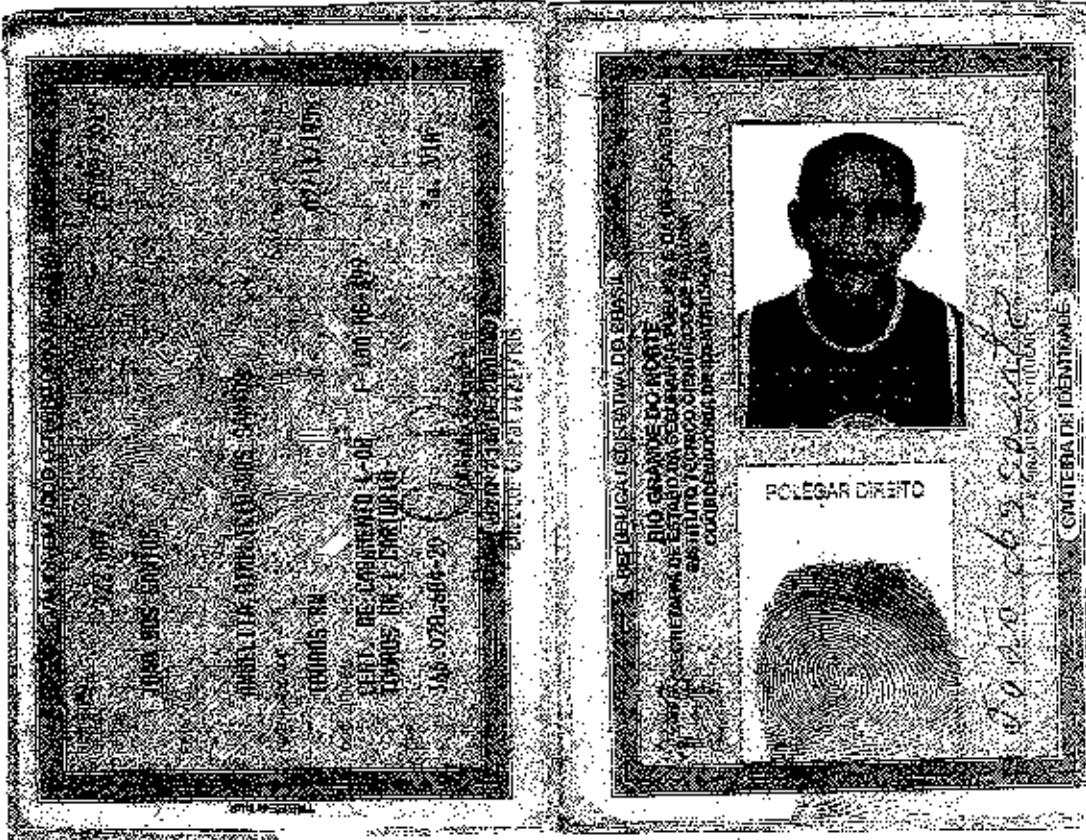
DR. LUCAS V. PINTO  
RESERVA DE MEDICAMENTOS  
010.019.106.25

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: *Edilvânia Souza*  
Ident.: *048326*  
Org. Emissor: *ITEP*  
End.: *BL 30 PDT 303*  
Cidade: *Natal* UF: *21*  
Telefone: *32067291*

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico  
Data: */ /*





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **923.980.303-34**

Nome: **FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA**

Data de Nascimento: **26/11/1978**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **12/05/2000**

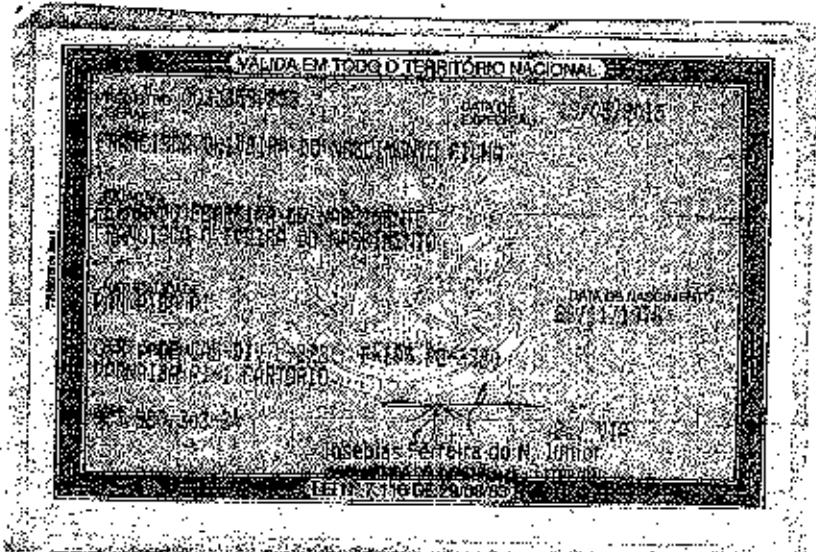
Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:02:48** do dia **01/11/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **92B2.76B9.F283.EFC3**



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

**JOAO DOS SANTOS**, brasileiro, casado, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 422.007, expedida pela SSP/RN, inscrito no CPF sob o nº 366.028.684-20, residente e domiciliado na Rua Povoado Boa Cica, nº 247, Boa Cica, Touros/RN, CEP: 59584-000.

**OUTORGADA:**

**FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA**, brasileira, divorciada, profissional liberal, inscrita no CPF sob o nº 923.980.303-34, com o RG sob o nº 003.359.253 com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes, nº 1026, Santos Reis - Parnamirim/ RN, CEP 59.141.085, E-mail: franciscaseguros@hotmail.com

**PODERES:** Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Lider DPVAT e a Susep.

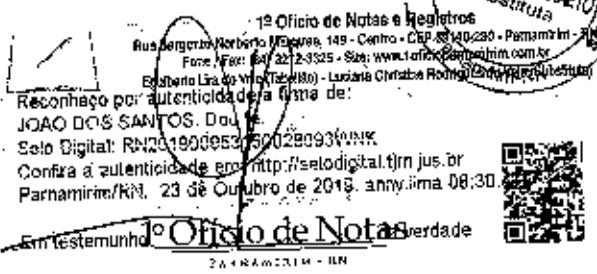
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Parnamirim /RN, 23 de outubro de 2019.

1º Ofício de Notas

JOAO DOS SANTOS  
OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443424/19

**Vítima:** JOAO DOS SANTOS

**CPF:** 366.028.684-20

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/09/2019

**Titular do CPF:** JOAO DOS SANTOS

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA : 923.980.303-34

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

### JOAO DOS SANTOS : 366.028.684-20

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](http://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: 10/12/2019  
Nome: FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA  
CPF: 923.980.303-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019  
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA  
CPF: 021.292.004-94

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

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

---

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190689857**

**Vítima: JOAO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 07/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOAO DOS SANTOS**

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

366.008.684-201 JOÃO DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

JOÃO DOS SANTOS

5 - CPF:  
366.008.684-201

7 - Profissão:

REC. INFORMAR

8 - Endereço:

NOVO ADO BDO CICD

9 - Número:

247

10 - Complemento:

11 - Bairro:

BDO CICD

12 - Cidade:

TOUROS

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59684-000

15 - E-mail:

centralseguros04@outlook.com

16 - Tel (DDD):

34 99828-0300

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4886

CONTA: 0000132098

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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.

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por Invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

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

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valmacer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve nascitros?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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 oente, 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.

34

Imprссão  
digital da  
vítima no  
beneficiário  
não identificado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 03/12/2019

João dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



