

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	23/03/2016
NUMERO DO DOCUMENTO:	316015756101
VALOR TOTAL:	7.087,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00761

CONTA: 000000022750

Número da Autenticação

A266D435609A26FE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160157561 **Cidade:** Guamaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do plato tibial direito.

Descrição do exame médico pericial: Apresenta limitação dos movimentos do joelho direito grave e perna direita, assim como limitação da amplitude grave, limitação na marcha, com hipotrofia quadricipital. Cicatriz em região da perna direita por fixação externa.

Resultados terapêuticos: Realizado cirurgia em perna direita, com colocação de fixador externo, associada a AINES, evoluindo com limitação funcional e anatômica em membro inferior direito moderada a grave.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave em MID.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/03/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Dixon Fradik Medeiros Lima

CRM do médico: 5997

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160157561 **Cidade:** Guamaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/03/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura de MID.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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

Nome do(a) Examinado(a): Carlos Daniel Soares de Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Travessa Rita de Cassia, 25
Baixa do Meio Guamaré RN CEP: 59598-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 003094054
Data local do exame: [17/03/2016] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura do plato tibial direito.

Apresenta limitação dos movimentos do joelho direito grave e perna direita, assim como limitação da amplitude grave, limitação na marcha, com hipotrofia quadricipital. Cicatriz em região da perna direita por fixação externa.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Deu entrada na emergência, onde foi realizado internamento e tratamento cirúrgico em membro inferior direito, recebendo alta, não realizou fisioterapia.

Data da alta: Alta em meados de novembro de 2015, ficando internado por 9 dias.

Realizado cirurgia em perna direita, com colocação de fixador externo, associada a AINES, evoluindo com limitação funcional e anatômica em membro inferior direito moderada a grave.

Complicações: Não apresentou complicação.

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

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Marcha claudicante, com limitação em deambular, sendo necessário uso de muletas, deformidade ossea em região do joelho direito, limitação na flexão, extensão moderada grave, com dificuldade em fixar o pé direito no chão.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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):

Membro inferior - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio (X) 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

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dixon Fradik Medeiros Lima
Médico Perito
SAUDE SEG
CRM 5997

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2016

Carta nº: 8778147

A/C: CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160157561
Vitima: CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA
Data Acidente: 20/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JAKSONEY JOSE DE OLIVEIRA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Março de 2016

Carta nº: 8936348

A/C: CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160157561 ASL-0111103/16
Vítima: CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA
Data Acidente: 20/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JAKSONEY JOSE DE OLIVEIRA

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: **CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 7.087,50**

Banco: **104**

Agência: **000000761**

Conta: **0000022750-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL – SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL – DEGEPO
7ª Delegacia Regional de Polícia Civil – Patu/RN
Delegacia de Polícia Civil de Rafael Godeiro/RN

Av. Benedito Julião de Medeiros, 05, centro, Rafael Godeiro/RN, CEP 59740-000. Fone (084) 3363-0001

UNIDADE POLICIAL: DPM de Rafael Godeiro/RN.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 033/2015 Data: 29/11/2015 Hora: 09h30.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de motocicleta.

Local: Rua Luiz de Sá Leitão, Assu/RN.

Data: 20 de Novembro de 2015 – **Hora:** 03h27.

COMUNICANTE(s)

Carlos Daniel Soares de Oliveira, brasileiro, solteiro, agricultor, nascido aos 27 de Janeiro de 1991, natural de Natal/RN, RG nº 003.094.054 – SSP/RN, CPF: 702.847.554 – 94, filho de José Erivan Davi de Oliveira e de Maria das Vitórias Soares de Lima, residente na Tv. Rita de Cássia, 25, Baixa do Meio/Área Rural, Guamaré/RN, alfabetizado.

QUALIFICAÇÃO DA(s) VITIMA(s)

O PRÓPRIO COMUNICANTE.

QUALIFICAÇÃO DO(s) ACUSADO(s)

PREJUDICADO.

RESUMO DA OCORRÊNCIA

O comunicante acima qualificado compareceu a esta Unidade Policial, e comunicou que no dia e hora acima citados, vinha pilotando o seu veículo do tipo motocicleta, ano/modelo: 2010/2011, de cor preta, de placas: NNO – 1864, Guamaré/RN, CHASSI: 9C2HB0210BR002244, RENAVAL: 01071391559, de propriedade de Laureno de Carvalho Silva, CPF: 057.239.784 - 46, no local acima citado, quando foi surpreendido por outro veículo (moto) que avançou a preferencial e colidiu no seu veículo, que o mesmo perdeu o controle do seu veículo vindo a cair, e devido a esta queda ocasionou várias lesões e escoriações em várias partes do seu corpo. Obs.: O comunicante informa que não conseguiu lavar o B.O. no município de origem.

OBSERVAÇÃO: O comunicante se responsabiliza criminalmente pelo teor de suas declarações, devidamente assina e o presente Boletim será encaminhado a 7ª Delegacia Regional de Polícia Civil de Patu/RN, para maiores providências, haja vista a mesma responder por esta circunscrição policial.

TESTEMUNHA(s)

Providências adotadas:

Registro da ocorrência e expedição de B.O.

ARUANA SEGUROS

29 FEV 2016

CARLOS DANIEL S. OLIVEIRA

Carlos Daniel Soares de
Oliveira
Comunicante/vítima

Jomar Fernandes Dantas
Sargento PM/RN
Matr. 107.814-3

Jomar Fernandes Dantas
Escrivão ad-hoc
Matrícula nº 107.814-3





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IML

EU, Carlos Daniel Soares de Oliveira Portador da Carteira de Identidade SSP RN nº: 003.094.054 e inscrito no CPF/MF sob nº: 702.847.554-94 N°: 25 residente e domiciliado na Rua Rita de Cássia Estado BA bairro: Barra do Meio Cidade: Guamare, 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 estabilidade do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no município em que eu resido, não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no município em que resido, realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

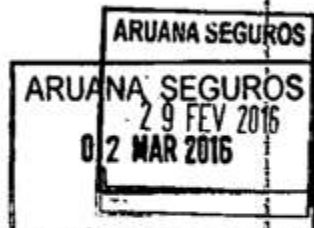
Com o objetivo de permitir do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal - IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação 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 realização desta perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

+ CARLOS DANIEL S. de OLIVEIRA
Assinatura do declarante

Conforme documentação de identificação

Local: Guamare / RN e data: 11/02/16



GOVERNO
RACIÃO E SAÚDE

RN

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN - VALE DO ASSÚ



DECLARAÇÃO

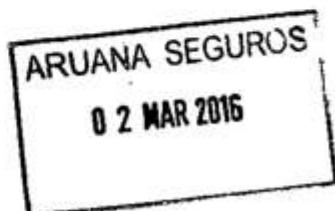
Declaro para os devidos e necessários fins que o usuário, Carlos Daniel Soares de Oliveira, 24 anos, foi atendido pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192/RN, da cidade de Assú - RN, no dia 20/11/15, no endereço, Rua Dom Eusebio / Rodovia do DN, paciente vítima de colisão moto/moto.

Assú, 30 de novembro de 2015

Atenciosamente,

Arley Cristian M. Bernardo
Enfermeiro
COREN-RN 176.568

Enf. Arley Cristian Martins Bernardo.
Coordenador da Base Descentralizada do SAMU VALE DO ASSÚ





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSA DO MAIA

COMPROVANTE DE
ATO DECLARATÓRIO

REGISTRO Nº

2.539-819

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA D. N. 27/01/91 Idade: 24
Profissão: _____
Endereço: Rua: TRAV. RITA DE CÁSSIA 25 Bairro: _____
Cidade: GUAMARE U. F.: R. N. Fone: _____
Filiação: Mãe: _____ Pai: _____

Data: 20.11.15

Hora: 3:27

A. C. C. R.:

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H. D. A.)

História de trânsito
Refere dor no abd.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 20.11.15
[Assinatura]
SAME / ARQUIVO

2 - EXAME FÍSICO

T. A. 110 x 80 mm Hg
[Assinatura]

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICAS(S)

[Assinatura]

ARUANA SEGUROS
02 MAR 2016

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2016

Carta nº: 8936348

A/C: CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160157561 ASL-0111103/16
Vítima: CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA
Data Acidente: 20/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JAKSONEY JOSE DE OLIVEIRA

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: **CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 7.087,50**

Banco: **104**

Agência: **000000761**

Conta: **0000022750-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



4 - CONDUTA MÉDICA

Data: / /

Hora: :

~~Optometria~~
 M. 4.º
 - exame no abd. e fígado plumb. 4.º
 - col. 1.º motor abd. - crepitação e dor
 fígado 1.º 1.º 1.º
 1.º 1.º 1.º
 1.º 1.º 1.º

Dr. Fernando de Almeida
 Médico do Trabalho
 CRM - RN 209

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORARIO	ASSINATURA
	- Ringer - Lactato - 2000 ml		1 - 2 - 3 - 4	
	CV - 30 ml			
	- Voltaren 75 - 1 amp - 17		04:00	
	- Cefalotina 1 g - 1 amp - 17		04:00	
	- Mucilagem 1 amp - 17		04:45 - 12 - 17 - 23	
	- Mucilagem 1 amp - 17		04:45	

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() ALTA DO PRONTO SOCORRO

(☒) INTERNAÇÃO HOSPITALAR

() TRANSFERÊNCIA

() OUTROS (Descrever)

Observações:

Data: / /

Hora: :

Dr. Fernando de Almeida
 Médico do Trabalho
 CRM - RN 209

Identificação Médica

4 - CONDOTA MÉDICA

Data: / /

Hora: :

~~Atenção~~
 - 10:00 no 1º andar e 10:15 no 2º andar
 - 10:30 no 3º andar. 10:45 no 4º andar
 - 10:50 no 5º andar. 11:00 no 6º andar
 - 11:10 no 7º andar. 11:20 no 8º andar
 - 11:30 no 9º andar. 11:40 no 10º andar
 - 11:50 no 11º andar. 12:00 no 12º andar

Dr. Manoel Fernando de Oliveira
 Médico da Probato
 CRM - RN 2595

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORARIO	ASSINATURA
	- Ringer - 2000 ml		13-20-30	4º
	CV - 300 ml			
	- Voltaren 75 - 2 amp - 57		04:00	
	- Cefalotina - 1 g - 250 mg		04:00	
	- 2111 Celler - 1 amp - 0,5 g		04:45 - 12 - 17 - 23	
	- 7111 Celler - 1 amp - 0,5 g		04:45	

SUPERGRÁFICA - CURSOS NOVOS - (84) 3431-1211

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

26.

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() ALTA DO PRONTO SOCORRO

() INTERNAÇÃO HOSPITALAR

() TRANSFERÊNCIA

() OUTROS (Descrever)

Observações:

Dr. Manoel Fernando de Oliveira
 Médico da Probato
 CRM - RN 2595

Data: / /

Hora: :

Identificação Médica



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

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

NOME _____
SERVIÇO: _____

IDADE _____
ENFª: _____

Nº REG: _____
LEITO: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Viz. fuma de acudite de urto com perfuma
Exante fuma de cor 4 em do pedras
poltron

Cd. Jo Carlos Ceyra

Dr. João P. P. Nogueira
ORTOPEDIA
CRM 185

ARUANA SEGUROS
02 MAR 2016



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Carlos Daniel soares, 24a, Guamaré

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARRIA: 207

Leito: 05

DATA DE ADMISSÃO: 20/11/2015

DATA	EVOLUÇÃO
21/11/15	2 DIH - Fratura exposta 1/3 proximal da Tíbia D com fix Externo transarticular em MID. Paciente quiexa-se de dor. Apresenta edema. Neurovascular preservado.

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	Dieta oral livre laxativa	
2	SF 0,9% 500 ml, IV, de 8/8hs	
3 D4	Cefalotina 1g, IV, de 8/8hs	
4	Tenoxicam 40mg, EV, 1xdia	
5	Dipirona 1g + ABD, IV, de 6/6hs	
6	Tramal 100mg + 100ml SF 0,9%, EV, correr em 30min, 8/8h	
7	Omeprazol 40mg - EV 1xdia	
8	Curativos	
9	CCGG de enfermagem e SSVVp	
10		
11		
12	em condições de alta médica	

Dr. Manoel Fernandes da Silva
Ortopedia e Traumatologia
Médico do Trabalho
CRM - RN 2999

ARUANA SEGUROS

02 MAR 2016



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H. R. T. M

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. R. T. M

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/01/1991

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

MARIA DAS VITÓRIAS SOARES DE LIMA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

TRAV. RITA DE CÁSSIA 25

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

GUAMARE

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

RJ

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Furúnculo exposto 11/3 por um mel puma @
Squ II.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fx + tratamento clínico

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MATA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME 100000000

SAME / ARQUIVO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

fx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Furúnculo exposto fur II fístula @

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Drenagem do abscesso + fixação elástica + Suporte

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF)

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

ARUANA SEGUROS

02 MAR 2016



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Carlos Daniel Leal Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório Fratura fibula @ + lesão parcial do
Indicação terapêutica: fundo potetón

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: Dr. Luis Fernando

1° Auxiliar: Dr. Esco Alexandre

2° Auxiliar: _____

3° Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Elvira

INTERVENÇÃO

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

() Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada
fratura de aberto distal da fibula + anel + anel + anel +
colocação de placa + parafusos + ligadura mecânica e suturas
com 5/0, 3/0 + Polidene + desbridamento na ferida +
ferimento do fundo potetón de UICRY 2-0 + fecho
de pele + pele + fixação trans articular a 2 pin
SCHMIDT no femur + 2 schmidt + 2 pinos com fecho
+ fecho

Dr. Luis F. Nogueira
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM 4863

ARUANA SEGUROS

02 MAR 2016



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

15160901

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de trânsito. Apresenta fratura exposta 1/3 proximal tíbia D

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + Ex. físico + radiografias

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de tíbia proximal D

S82.1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Tratamento cirúrgico de fratura de tíbia D.

0140180150151511

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Ortopedia

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Roberto Luiz Berra

23/11/15

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

ARJANA SEGUROS

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

02 MAR 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



CARTEIRA DE IDENTIDADE

CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA

ASSINATURA DO TITULAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 003.094.054
DATA DE EXPEDIÇÃO: 06/07/2012

NOME: CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO: JOSE ERIVAN DAVI DE OLIVEIRA
MARIA DAS VITÓRIAS SOARES DE LIMA

NATURALIDADE: NATAL - RN

DOC. ORIGEM: CERT. DE NASCIMENTO L-114 F-201 RS-8718
CERRO-CORA RN-CARTEIRO ÚNICO

DATA DE NASCIMENTO: 27/01/1991

CIT: 2a. VIA

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 21.605-09/2003
ITP-RN

DOCUMENTO 6 "T6 1/2"



MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
702.847.554-94

Nome
CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA

Nascimento
27/01/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
CC71.E723.95CE.D838

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:34:21 do dia 06/07/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

ARUANA SEGUROS

02 MAR 2016



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO

ESTADO DE CEARA
VITOR DO OROZCO

POSSUI DIREITO

01/01/10-08/08/1977
JAKSONEY

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2002002024630

JAKSONEY JOSE DE OLIVEIRA

01/01/10-08/08/1977

JAKSONEY JOSE DE OLIVEIRA

66/BORGES JAGUARUANA CE

CÓDIGO DE CONTROLE
DED33982C627488B

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.recelta.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil em 11/04/2013 às 11:41:35 do dia 05/04/2013 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 007

ARUANA SEGUROS

02 MAR 2016

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recelta Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

767.467.553-04

JAKSONEY JOSE DE OLIVEIRA

08/08/1977

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 9542926109
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 332833887 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2012

NOME
LAURENO DE CARVALHO SILVA

CPF / CNPJ
057.239.784-46

PLACA
NNQ1864

PLACA ANT. UF
NNQ1864 /RN

CHASSI
9C2HB0210BR002244

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE GASOLINA

MARCA MODELO
HONDA/POP100

ANO FAB 2010

ANO MOD 2011

CAP. POT. cil.
OCV/97 CILINDRADAS

CATEGORIA
PARTICULAR

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
R\$ 0.00

VENC. COTA ÚNICA
11/04/2012

VENC. COTAS
1º PAGO

FAIXA I PVA
002524 38

PARCELAMENTO COTAS
R\$ 888888

2º PAGO
3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) OF. VISI. PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
R\$ 11.000.000.000 DETRAN: PAGO 11 DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES
ALTE. FID. EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65
RANCT HONDA S/A
CHASSI: 9C2HB0210BR002244

DATA
05/06/2012

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

RN Nº 9542926109

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO
2012

CPF / CNPJ
057.239.784-46

PLACA
NNQ1864

BILHETE DE SEGURO DPVAT

RN Nº 9542926109

EXERCÍCIO
2012

DATA EMISSÃO
05/06/2012

VIA 1

CPF / CNPJ
057.239.784-46

PLACA
NNQ1864

RENAVAM
332833887

MARCA / MODELO
HONDA/POP100

ANO FAB 2010

CAL. TARE 9

CHASSI
9C2HB0210BR002244

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO EM SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

DOCUMENTO 7 *T7%*

ARUANA SEGUROS

02 MAR 2016



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: CARLOS DANIEL SUARES DE OLIVEIRA, brasileiro(a),
 estado civil SOLTEIRO, profissão AGRICULTOR, CI RG nº
003.094.054, CPF/IME nº 702.847.554-94, residente e domiciliado(a)
 à Rua TV. RITA DE CÁSSIA, Cidade de
GUAMARÉ, Estado PR GRANDE DO NORTE, CEP:
59598-000, telefone _____

OUTORGADO: Yaksony José de Oliveira
 CPF sob o nº 767.467.553-04 e
 RG sob o nº 2002002024630 com endereço cito à
R. Ricardo Guilherme de Lima
 na cidade de maranhão
 Estado do RN

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:
 Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por
 escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o
 andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e
 apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e
 Seguradoras conveniadas e a Susep.
 Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
 documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

OFÍCIO ÚNICO DE GUAMARÉ/RN

Reconheço a firma por autenti-
 cidade de Carlos Da-
 niel Soares de Oli-
 veira

Guamaré, RN 09/12/2015 Dou Fé.

Em Testemunho GRACE MARIA AGUIAR OLIVEIRA da Verdade

GRACE MARIA AGUIAR OLIVEIRA



Guamari/RN 09 de Dezembro de 2015

CARLOS DANIEL S. OLIVEIRA
 OUTORGANTE

ARUANA SEGUROS

02 MAR 2016





Seguradora Lider - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU Carlos Daniel Soares de Oliveira
 PORTADOR(A) DO RG Nº 003-094-054 EXPEDIDO POR ITF-PN EM 06/07/12
 CPF 702847534-94 / CNPJ 00000000-00 PROFISSÃO juiz
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Carlos Daniel S. de Oliveira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou SALÁRIO ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FACIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta neste momento revoga-se a aceitação da proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0461 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 22750-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Guarapari 31 de fevereiro de 16 + CARLOS DANIEL S. de Oliveira
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradora7netto.com.br ou ligue para o SAC DPVAT (0800-0221704).

ARUANA SEGUROS.

02 MAR 2016