Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Março de 2016

Carta n°: 8798638

A/C: JOSE IVANILDO DA SILVA

Sinistro:	**3160166374**
Vitima:	**JOSE IVANILDO DA SILVA**
Data Acidente:	**14/12/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**RUBENS JOSE DE LUCENA VIANA**

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 inicio 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

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2016

Carta n°: 8893483

A/C: JOSE IVANILDO DA SILVA

Sinistro:	**3160166374 ASL-0121055/16**
Vítima:	**JOSE IVANILDO DA SILVA**
Data Acidente:	**14/12/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**RUBENS JOSE DE LUCENA VIANA**

Ref.: INTERRUPÃ§Ã£O DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2016

Carta n°: 8982582

A/C: JOSE IVANILDO DA SILVA

Sinistro:	**3160166374 ASL-0121055/16**
Vitima:	**JOSE IVANILDO DA SILVA**
Data Acidente:	**14/12/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**RUBENS JOSE DE LUCENA VIANA**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÃ§Ã£O, COM MEMÃ³RIA DE CÃ¡LCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **JOSE IVANILDO DA SILVA**
Valor: **R$ 5.405,40**
Banco: **104**
Agência: **000000033**
Conta: **00000144753-1**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**5.405,40**

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%
GraduaÃ§Ã£o: Em grau mÃ©dio 57.2%
% Invalidez Permanente DPVAT: (57.2% de 70%) 40,04%

Valor a indenizar: 40,04% x 13.500,00 =	R$	**5.405,40**

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

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: ***3160166374 - 1***

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

Endereço do(a) Examinado(a): ***RUA DAS ORQUIDEAS nº 41 - CENTRO - SANTA CRUZ/RN***

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: ***RG 1511743 - SSP***

Data local do exame: ***05/04/2016 NATAL/RN***

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura clavicular esq com lesão parcial do plexo braquial esq

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

[X] SIM [ ] NÃO

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

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

tratamento cirúrgico com osteosíntese com placa e parafusos. evoluiu com hipotrofia parcial da musculatura proximal do MSE. Ainda em consolidação da clavícula

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.

fraqueza MSE com hipotrofia e parestesia (monoparesia grau 3)

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 acometico.

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

[ ] Vitima em tratamento

Esta avaliaçaõ 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 superior esq

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [X] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

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

[ ] Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

RG CORRETO: 1511743

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - NATAL, 05/04/2016

Médico Perito: RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS CRM: 14616

Rodrigo Castro de Medeiros

Dr Rodrigo Castro de Medeiros
Cirurgia de Coluna
CRM-PE 14 616

Assinatura do perito Examinador - CRM

DOCUMENTO 1 *T1%*

Seguradora Líder • 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, José Ivanildo da Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 1511743 EXPEDIDO POR SSP - RN EM 03/05/2007

CPF 059524524-05 /CNPJ ☐☐☐☐☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐, PROFISSÃO reciclou

E RENDA MENSAL DE R$ reciclou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Ivanildo da Silva 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 FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/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 SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

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) 0033 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 14475 3-1

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.

Mossoró RN 01 de Fevereiro de 2016 — José Ivanildo da Silva

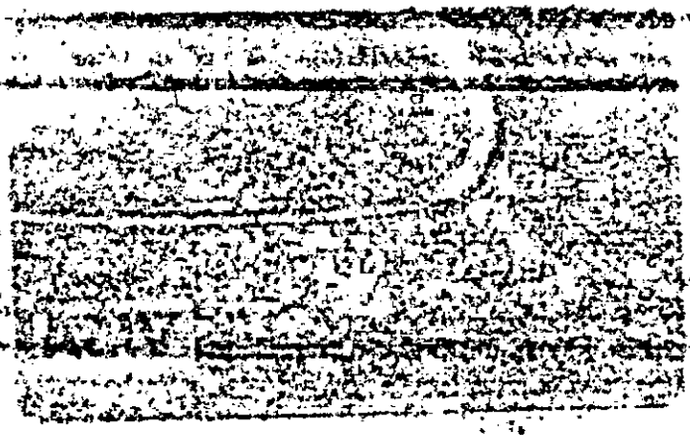
LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ARUANA SEGUROS
09 MAR 2016

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, 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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 9ª DELEGACIA REGIONAL - SANTA CRUZ
Endereço: RUA JOAQUIM ROGÉRIO, 270, CASCALHO, SANTA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016079000255
1.2 Data de Expedição: 30/01/2016 16.18.39
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 14/12/2015 09.03.00
2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.7 Logradouro: RUA PAULO AFONSO
2.8 Número: S/N
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: CENTRO
2.13 Cidade: SANTA CRUZ
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE IVANILDO DA SILVA
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Etnia: Preta
3.4 Pai: JOSE FRANCISCO NETO
3.5 Mãe: MARIA RITA DA SILVA
3.6 Data de Nascimento: 17/11/1973
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 RG: 1511743 - SSP/RN
3.9 CPF:
3.10 Passaporte:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Naturalidade: SANTA CRUZ/RN
3.13 Profissão: ARMADOR
3.14 E-Mail:
3.15 Telefone(s): 84 998094752
3.16 Logradouro: RUA DAS ORQUIDEAS
3.17 Número: 41
3.18 CEP:
3.19 Bairro: ALUIZIO BEZERRA
3.20 Cidade: SANTA CRUZ
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

DOCUMENTO 1 *T1%*

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

5.1.1 Nome Completo: PREJUDICADO
5.1.2 Alcunha:
5.1.3 Estado civil:
5.1.4 Etnia:
5.1.5 Pai:
5.1.6 Mãe:
5.1.7 Data de Nascimento:
5.1.8 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO
5.1.9 RG: Não informado
5.1.10 CPF:
5.1.11 Profissão:
5.1.12 Nacionalidade:
5.1.13 Passaporte:
5.1.14 Caracteristicas:
5.1.15 Logradouro:
5.1.16 Número:
5.1.17 CEP:
5.1.18 Bairro:
5.1.19 Cidade:
5.1.20 Estado:

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

RELATA A VITIMA QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA CITADO, CONDUZIA A MOTO DE PLACA OJV 9593/RN, COR BRANCA, RENAVAN 01003285209, QUANDO O MESMO DERRAPOU NA RUA VINDO A CAIR AO CHÃO , ONDE FOI SOCORRIDO ATÉ O HOSPITAL REGIONAL ALUIZIO BEZERRA EM SANTA CRUZ/RN, CONFORME DOCUMENTO EM ANEXO. NADA MAIS DISSE

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO DE B.O E ENTREGUE UMA DAS VIAS A VITIMA

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 30/01/2016 16.18.39

Policial

José Ivanildo da Silva
Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1702599 - NATANCLEY DANTAS DOS SANTOS
Impresso por: 1702599 - NATANCLEY DANTAS DOS SANTOS em 30/01/2016 16:18:41

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Ivanildo da Silva, portador da carteira de identidade nº 1511743 e inscrito no CPF/MF sob o nº 051.524.524-05, residente e domiciliado na Rua das Orquídeas - 41, Cidade Santa Cruz, Estado RN, 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:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que 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 o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento 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 da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

DOCUMENTO 2 *T2%*

José Ivanildo da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Mossoró RN 01.02.2016

Local e data

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

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: 12/04/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.405,40

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE IVANILDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00033

CONTA: 000000144753-1

Nr. da Autenticação 3C19BB5B37D16E8B

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL ALUÍZIO BEZERRA
CNPJ 08.358.889/0001-95 Ato declaratório

SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: JOSÉ IVANILDO DA SILVA

DATA NASC. 17/11/73 CPF _____ RG _____

FILIAÇÃO MARIA RITA DA SILVA

Nº CARTÃO SUS: _____

ENDEREÇO: RUA DAS ORQUIDEAS 41 CAIC

CIDADE: SANTA CRUZ PROFISSÃO: ARMADOR

SEXO: M(X) F( ) IDADE: 42A ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

DATA 14/12/2015 HORA 9:03 Nº 33

SINAIS VITAIS

TA 14 X 7 mmHg

TEMP.: _____ °C

RESP.: _____ hpm

PULSO: _____ ppm

PESO _____ Kg

CONDUTA

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	CHECAGEM

DOCUMENTO 3 *T3%*

CONFERE COM O ORIGINAL
14.01.2016

Assinatura e Carimbo

Adriana Mª Fonseca da Silveira
Assistente Social
CRESS/RN 3980

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

Acidente de trânsito

História e exame físico: dor na clavícula dir.

Diagnóstico:

Exames solicitados (com resultados): RX - fratura

DESTINO DO PACIENTE

Diagnóstico definido:

Liberado por decisão médica (X) a pedido ( ) Hora:

Permaneceu ( ) Hora: Internado ( ) Hora:

Encaminhado: Ambulatório ( ) Outro (X) Natal

Na ambulância: do HORAB ( ) Da cidade de Origem ( ) Transporte próprio ( )

Retirou-se à revelia ( ) Hora:

Óbito em / / às ;

Entregue à família ( ) SVO ( ) IML ( )

Assinatura e carimbo médico	
Dr. Geraldo Martins Pontes CRM RN 1371	ARUANA SEGUROS 08 MAR 2016

DOCUMENTO 2 *T2%*

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Ivanildo da Silva,

RG nº 1511743, data de expedição 03/05/2007 Órgão SSP-RN,

CPF nº 051.524.524-05 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua das Orquídeas
Número	41
Apto / Complemento	
Bairro	Centro
Cidade	Santa Cruz
Estado	RN
CEP	59.200-000
Telefone de Contato	(84) 3061.6313
E-mail	confiancaseguros@outlook.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mossoró RN 01.02.2016

Assinatura do Declarante: José Ivanildo da Silva

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

Contribuição Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mossoró, 140, Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-31 | Insc. Est. 20735-99-0 | www.cosern.com.br

CLIENTE
[illegible]

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DAS ORQUIDEAS 41 – A

CENTRO/AREA URBANA
SANTA CRUZ RN
59200-000

CPF 068.751.394-45

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7009020807	10/2015

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
13/10/2015	04/11/2015

TOTAL A PAGAR (R$) 118,66

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
000133659	ÚNICA	05/10/2015

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/10/2015	3010830973	2515170

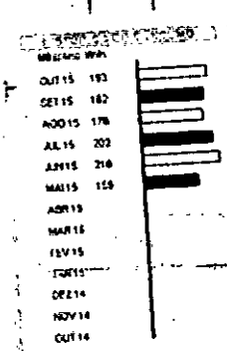
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	193,0000000	0,472329822	91,13
Adesão Bandeira VERMELHA			1,95
Contribuição Iluminação Pública			16,00
Multa por atraso-NF 000151668 - 01/09/15			2,49
Juros por atraso-NF 000151668 - 01/09/15			0,98

TOTAL DA FATURA 118,66

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA MEDIÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	CAE	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	32	[illegible]		



	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	102,25	17,00	17,38
PIS	102,25	0,57	0,58
COFINS	102,25	3,00	3,06

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R$	%
Geração de Energia	46,5	45,14
Transmissão	2,13	2,08
Distribuição (Cosern)	28,[illegible]	25,29
Encargos Setoriais	4,3[illegible]	3,93
Tributos	21,02	20,58
Total	102,26	100

Consumo Ativo(kWh)

3049 594F D9ID A27F 303F 11FA 6D48 HE00

9851.1160

ATENÇÃO À COSERN: SERVIÇO QUE VOCÊ POSSUI COMO PENDENTE

VENCIMENTO	ETIQUETA	VALOR
16/09/15	05/09/15	[illegible]

	CONSUMO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
	SANTA CRUZ				
DIC					
FIC					
DMIC					

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

DOCUMENTO 1 *T1%*

caern

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria, (84) 3232-4552

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO
OSCO 340195
84-3315-4617

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS

IMPRESSÃO EM 24/07/2015 AS 10:30:07

MATRÍCULA:	MÊS/ANO
2839028	08/2015

DADOS DO CLIENTE

RUBENS JOSE DE LUCENA VIANA
RUA CAMPOS SALES, N 981 - ABOLICAO MOSSORO RN 59600-000

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS (RESIDENCIAL, COMERCIAL, INDUSTRIAL, PÚBLICO)
301.010.117.0290.000	5	5218	

HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO
Y10540 1044	LIGADO	LIGADO

CONSUMO AGUA (M3): 19

DATA LEITURA: 24/07/2015
LEIT. ATUAL: 950
LEIT. ANT.: 931
DIAS CONSUMO: 29

HISTORICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
07/2015	23	05/2015	10	03/2015	20	17
06/2015	24	04/2015	11	02/2015	17	

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R$)
AGUA		
RESIDENCIAL - 100 M 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 30,96 POR UNIDADE	10 M3	30,96
11 M3 A 15 M3 - R$ 3,45 POR M3	5 M3	17,25
16 M3 A 20 M3 R$ 4,08 POR M3	4 M3	16,32
ESGOTO		
70 0% DO VALOR DE AGUA		45,17

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	109,70	1,65	1,81
COFINS	109,70	7,6	8,34

VENCIMENTO: 10/08/2015 TOTAL A PAGAR: 109,70

A SEGURANCA FAZ A DIFERENCIA NO TRABALHO A PREVENCAO PROTEGE O TR
A EMI O DA CAT E OBRIGACAO LEGAL. GARANTIA PARA PATRONES E EMPREG
ACIDENTES NAO ACONTECEM POR ACASO. ELE PODE SER EVITADO. TRABALHE

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	0,6	8,12	100,0 %	1,07	

826100000015 097000063012 002839028012 082015900036

MATRÍCULA	MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
2839028	08/2015	10/08/2015	109,70

caern

COMPROVANTE DA CAERN

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

DOCUMENTO 2 "T2%"

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rubens José de Lucena Vieira, portador(a) do RG nº 1 675 959, expedido por SSP RN, em 27/08/13, CPF/CNPJ nº 008 003 114 - 50, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) José Gramildo da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima José Gramildo da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12,declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusou Renda Mensal: R$ Recusou

Documentos comprobatórios: _____

Rubens José de Lucena Vieira
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

9309
4772

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL ALUÍZIO BEZERRA
CNPJ 08.358.889/0001-95

SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME JOSÉ IVANILDO DA SILVA

DATA NASC. 17/11/73 CPF ______ RG ______

FILIAÇÃO MARIA RITA DA SILVA

Nº CARTÃO SUS: ______

ENDEREÇO: RUA DIAS ORQUÍDEAS 41 CAIC

CIDADE: SANTA CRUZ PROFISSÃO: ARMADOR

SEXO: M(X) F( ) IDADE: 42A ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

DATA 14/12/2015 HORA 9:03 Nº 33

SINAIS VITAIS

TA 11 X 7 **mmHg**

TEMP.: ______ **°C**

RESP.: ______ **hpm**

PULSO: ______ **ppm**

PESO ______ **Kg**

CONDUTA

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	CHECAGEM

DOCUMENTO 4 "T4%"

CONFERE COM O ORIGINAL
14.01.2016
Assinatura e Carimbo

ADRIANA SILVEIRA
Adriana Mª Fonseca da Silveira
Assistente Social
CRESS/RN 3980

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

Acidente de Moto

História e exame físico: dor na clavícula dir.

Diagnóstico:

Exames solicitados (com resultados): RX - fratura

DESTINO DO PACIENTE

Diagnóstico definido:

Liberado por decisão médica (X) a pedido ( ) Hora:

Permaneceu ( ) Hora: Internado ( ) Hora:

Encaminhado: Ambulatório ( ) Outro (X) Natal

Na ambulância: do HORAB ( ) Da cidade de Origem ( ) Transporte próprio ( )

Retirou-se à revelia ( ) Hora:

Óbito em / / às ;

Entregue à família ( ) SVO ( ) IML ( )

Assinatura e carimbo médico	
Dr. Geraldo Martins Pontes CRM RN 1371 CPF 12[illegible]	

Acidente de trânsito

História e exame físico: Trauma clavicular dta.

Diagnóstico:

Exames solicitados (com resultados): RX - fratura

DESTINO DO PACIENTE

Diagnóstico definido:

Liberado por decisão médica (X) a pedido ( ) Hora:

Permaneceu ( ) Hora: Internado ( ) Hora:

Encaminhado: Ambulatório ( ) Outro (X) Natal

Na ambulância: do HORAB ( ) Da cidade de Origem ( ) Transporte próprio ( )

Retirou-se à revelia ( ) Hora:

Óbito em / / às ;

Entregue à família ( ) SVO ( ) IML ( )

Assinatura e carimbo médico

Dr. Geraldo Martins Pontes
CRM RN 1371

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

PRONTOCLÍNICA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclínica da Criança Ltda

PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA
DRº PAULO GURGEL

REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH:	Nº ATENDIMENTO 141343	DATA 13/01/16 HS:
TIPO DE INTERNAMENTO:	(X)CIRÚRGICO ( )CLÍNICO ( )PEDIÁTRICO	
ACOMODAÇÃO ENFERMARIA	LEITO:	CONVÊNIO SUS
MATRICULA 701 8092 3993 7779	VALIDADE	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: JOSÉ TLAVIDO DA SILVA	SEXO: (X)M ( )F
DATA DE NASCIMENTO: 17/11/1973	RG: 1555743 CPF:
FILIAÇÃO MÃE: MARIA RITA DA SILVA	
PAI: JOSÉ FRANCISCO NETO	
ENDEREÇO: RUA DAS ORQUIDEAS	Nº 41
BAIRRO: CENTRO	CIDADE: N. SANTA CRUZ
ESTADO: RN	CEP: 59200-000
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:
FONE: (84) 99809-4452	FONE: (84) 98605-0811

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: ( )MÉDICA ( )ADMINISTRATIVA ( )A PEDIDO ( )EVASÃO ( )OBITO

DATA: / /2015 HORA: ASS:RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

Acidente de motocicleta
trauma do membro E há
40 dias atrás
refere dor acentuada e
dor na clavícula E
Rx = Fratura com grande
cavalgamento ósseo,
Ortotrauma + ortopedia
da clavícula E + transfusão
13/01/16

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA
CNPJ: 09.417.742/0001-91
Confere com o Original
Data: 19/01/2016
Siberia Raquel

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-PN

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

BOLETIM DE SALA DE CIRURGIA - PRONTOCLINICA DA CRIANÇA PAULO GURGEL

PACIENTE: José Ferreira da Silva | REG. PACIENTE Nº 3115

CIRURGIA(S) REALIZADA(S): Osteotomia + Osteossíntese de Clavícula E.T. Fixação Interna | CONVÊNIO: | COD. PROCEDIMENTO(S):

EQUIPE MEDICA		EQUIPAMENTOS / TEMPO DE USO		GASOMETRIA / TEMPO DE USO		DATA: 13/07/16
CIRURGIÃO:		BISTURI ELETRICO:	✓	AR COMPRIMIDO:		
1º AUXILIAR:		CAPNOGRAFO:		GÁS CARBÔNICO:		HORA:
2º AUXILIAR:		INTENS. DE IMAGENS:		NITROGENIO:		
3º AUXILIAR:		MONITOR CARDIACO:	✓	O² SOB CATETER:	✓ 2l	TERMINO:
ANESTESISTA: Dra Christiane		OXIM. DE PULSO:	✓	O² SOB PRESSÃO:		
INSTUMENTADOR(A):		SERRA ELETRICA:		ÓXIDO NITROSO:		SANGUE:

Dr. Francisco de Assis Fiuza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3945-PA

MATERIAIS	QTD	MATERIAIS	QTD	MEDICAMENTOS	QTD	MEDICAMENTOS	QTD	OPME'S
ABBOCATH		FIO ALGODAO C/AGULHA		ADRENALINA AMP		SEVORANE P/ ml		ARRUELAS
ÁGUA OXIGENADA		GASES 10x10 PCT. 20	02	ÁGUA BIDESTILADA 10ml	03	SORO FISIOLOGICO 250ml	02	ARRUELA METÁLICA
AGULHA DESCARTAVEL 25x7	05	GORRO DESCARTAVEL	04	CEFALOTINA 1g FRASCO	02	SORO FISIOLOGICO 500ml	03	CAMPO PLASTICO
AGULHA RAQUI		JELCO nº 20	01	DIMORF AMPOLA		SORO FISIOLOGICO P/ml		CIDEX P/ml
ALCOOL 20ml	01	LUVAS DESCARTAVEIS 7,0	06	DOLANTINA		SORO GLICOSADO 5% 250ml		CIMENTO ORTOPEDICO
ALCOOL IODADO		MALHA TUBULAR		DOMORNID (5mg)	01	SORO GLICOSADO 5% 500ml		FIO DE KIRSCHNNER
ALGODÃO GRIBÓLA	01	MASCARA DESCARTAVEL	04	EFORTIL AMPOLA		SORO GLICOSADO 5%P/ml		FIO DE LUQUE
APAR. DE BARBEAR(TRICOTOMIA)		MICROPORE		ELTRANE P/ ml		SORO RINGER LACTATO 500ml		FIXADOR EXTERNO
ATADURA DE ALGODÃO		MONONYLON C AGULHA 3.0	02	FENTANIL P/ ml		SORO RINGER SIMPLES 500ml		GANCHO
ATADURA CREPOM	02	POLIFIX		FLUOTHANE P/ ml		SUFENTA P/ml		GELFOAM
ATADURA DE GESSO		POLIVICRIL		FORANE P/ml		THIONEMBUTAL 500mg P/ml		GRAMRO
CATETER P/ OXIGENIO	01	PORTOVAC		HALOTANO P/ ml		TILATIL 20mg AMPOLA		HASTER
CATGUT CROMADO C/ AGULHA 1.0	01	POVIDINE DERGEMANTE 100ml	01	MARCAÍNA 0,5%C/V P/ml		TILATIL 40mg AMPOLA	01	LIGAMENTO SINTETICO
CATGUT SIMPLES C/ AGULHA		POVIDINE TÓPICO 100ml	01	MARCAÍNA 0,5%S/V P/ml		TROFODERMIN P/ GRAMA		PARAFUSO CORTICAL 06 (3,5)
CERA OSSEA		SCALP		MARCAÍNA PESADA 0,5% P/ml		VALIUM 10mg AMPOLA		PARAFUSO ESPONJOSO
COMPRESSA CIR.PCI. C.05	02	SERINGA DE INSULINA		NAROPIN AMPOLA		XYLOCAÍNA 2%C/V P/ ml		PARAF. INTERF. DE TITANEO
DRENO PNROSE		SERINGA DESC. 03ml		PANCUMO AMPOLA		XYLOCAÍNA 2%S/V P/ ml	01	PINO
ELETRODOS/ARRUELAS DE MONIT.	05	SERINGA DESC. 05ml	02	PLAMET AMPOLA		XYLOCAÍNA GELÉIA P/ GRAMA		PINO DESLIZANTE
EQUIPO PARA TRANSFUSÃO		SERINGA DESC. 10 ml	02	PROFENID 100 mg AMP		LAMINAS BISTURI nº 20	01	PLACA 01 07F
EQUIPO SIMPLES	01	SERINGA DESC. 20ml	02	PROFENID 50 mg AMP		PRÓ PÉS 7,0	04	PONTA DE SHAVER
ESPARADRAPO 10cm	04	SISTEMA COLETOR ABERTO		PROPOFOL AMPOLA		TUBO ENDOTRAQUIAL		PROTESE
ETIBOND		SISTEMA COLETOR FECHADO		QUELICIN 100mg AMP		LUVAS ESTERIL 7,5	04	SURGICEL
ESCOVA DESCARTAVEL	03	SONDA DE FOLEY		QUELICIN 50mg AMP		DIVERSOS Undiscentrene	01	DRILL ELETRICO ✓
Ranitidina	01	SONDA P/ ASPIRAÇÃO		Depirona amp	02	Decadron	01	ASPIRADOR
						Novalgipi SIV	01	

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

[illegible]

ASSINATURA OU CARIMBO DO MÉDICO

BOLETIM DE ANESTESIA

ANESTESIA TIPO: Bloqueio Peridural TÉCNICA: [illegible]

Dr. Francisco de Assis F. de Sousa
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-RN

NOR 17:30 18:30

1- Venoclise

2- Bloqueio c/ novabupivacaina 0,5% 1/ad 20 ml
rilocaina 2% 1/ad 20 ml
ABD 20 ml.

3- Dormonid 3 mg
Diazepam 10 mg
Propofol 50 mg + 50 mg

4- O2 a 100 ml/h

ANOTAÇÕES
1- Dipirona 2g
2- Cefalotina 2g
3- Dexametasona 10 mg
4- Dipirona 2g
5- Tenoxicam 40 mg

Dr. Christiano da Silva Vieira
Anestesiologista
CRM-RN 5627

Dr. Christiano da Silva Vieira
Anestesiologista
CRM-RN 5627

	MIN. C/ ACRÉSCIMO	MIN S/ ACRÉSCIMO	TOTAIS

INÍCIO DA ANESTESIA: 17:30
INÍCIO DA CIRURGIA: 17:40
TÉRMINO DA CIRURGIA: 18:25
TÉRMINO DA ANESTESIA: 18:30
OBSERVAÇÕES:

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

PRONTOCLÍNICA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclínica da Criança Ltda.

PACIENTE	José Daniel da Silva
APTO.:	
CONVEN.	SUS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

USO DE:		DATA / H		USO DE:	DATA
BOMBA DE INF.	DIL			ECG	
NEBULIZADOR	Nº			OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR	DIL			BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO				FOTOTERAPIA	
				INCUBADORA	

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
13.01.2016	10:00	Paciente admitido na instituição para realizar cirurgia ortopedica aos cuidados de Dr. Assis. Procedente de sua residencia. Consciente, orientado, c/ ambiente, eupneico, afebril, sem sinais vitais, sem no momento. Afirmou ter acidentado de moto ha 40 dias. Saturado, acordado. Negou alergia medicamentosa + alimentares + doenças pré-existentes. Ex e tabagismo. Negou etilismo. Atualmente. Anexo: Rx pré cirurgia + exame laboratorial. Orientado sobre jejum e higiene interna e preservação de pertences.	Janeize Araújo N. Neves COREN/RN 337.235
13.01.16	14:15	paciente encaminhado ao c.c sob maca, consciente, orientado, c/ ambiente em anexo 1 Rx pré	Simone 98374
	16:00	Paciente admitido no C.C para realizar procedimento cirúrgico aos cuidados do Dr. Assis, consciente orientado, em O2 ambiente, sob maca	

APUANA SEGUROS
08 MAR 2016

PRONTOCLÍNICA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclínica da Criança Ltda.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: José Ferreira
APTO.:
CONVEN.:

USO DE:		DATA / H	USO DE:	DATA
BOMBA DE INF.	DIL		ECG	
NEBULIZADOR	Nº		OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR	DIL		BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO			FOTOTERAPIA	
			INCUBADORA	

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
13/01/16	19h5	Paciente retornou à sua enfermaria acompanhado pelo maqueiro, após se submeter à cirurgia ortopédica com fratura de clavícula (E) associados de Dr. Assis. Paciente orientado, eupnéico, colaborativo, mantém HVP em m.s.D. Dieta liberada às 20 horas e diurese presente. Aguarda Rx controle	
	20:00	Administrado Medicação Prescrita	
13/01/16	20:00	Aplicado IM conforme prescrição médica	
13/01/2016	21:40	Pct. em POI por fratura de clavícula "E", aos cuidados do Dr. F. S. de Azevedo. Segue em HVP com esquema de ATB e analgésico. Diurese presente e aceitando bem a dieta V.O. Curativo limpo no momento. Pct. ouvido bem e sem queixas. Segue aos cuidados da equipe. Em tempo, anexado 01 película de raio-x de controle no prontuário	Renata Michelle T. Marcolino Enfermeira COREN/RN 268.761
14/01/16	24:00	Administrado Medicação conforme prescrição	Rosania Maria dos S. A. Melquiades Téc. de Enfermagem COREN/RN 599.508

Ana Cely B. C. Pinto dos Santos
Enfermeira
COREN/RN

Rosania Maria dos S. A. Melquiades
Téc. de Enfermagem
COREN/RN 599.508

PRONTOCLÍNICA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclínica da Criança Ltda.

PACIENTE	
APTO.:	
CONVEN.	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

USO DE:		DATA / H		USO DE:	DATA
BOMBA DE INF.	DIL			ECG	
NEBULIZADOR	Nº			OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR	DIL			BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO				FOTOTERAPIA	
				INCUBADORA	

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
		Posicionado em mesa operatória monitorizado com PNI, ECG, oxímetro de pulso, cateter de O_2, placa de bistúri em panturrilha (D). Usa MAS. Dá algo alergia medicamento. B negativo. Informado com feito nº 20 em HSD.	Juarizete Andrade Rocha Téc. Enfermagem COREN/RN 634.159
	17:30	Início da Anestesia	
		Tipo: Bloqueio + Indução	
		Anestesista: Drª Cristiane	
		Adm: cefalotina 2g, dipirona 2g, onda centrona, rand, dina, dexadron, amil, tilat 40 mg	Juarizete Andrade Rocha Téc. Enfermagem COREN/RN 634.159
		Realizado degermação em local de fratura com solução de PVPI	
	17:40	Início da cirurgia	
		Tipo: Fratura de clavícula (E)	
		Cirt: Sanzio	
		Circ: Joanizete	
		Fixação: 01 placa 07 F tubular + 03 parafusos corticais nº 20 + 01 nº 22	
	18:05	Termino da cirurgia	ARUANA SEGUROS 08 MAR 2016
	18:30	Termino da Anestesia	
	19:00	Paciente encaminhado a enfermaria consciente, orientado, em O_2 ambiente, sob maca, sondado HVP + curativo limpo. Segue acompanhado do maqueiro e enfermagem. Sem intercorrência	Juarizete Andrade Rocha Téc. Enfermagem COREN/RN 634.159

PRONTOCLÍNICA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclínica da Criança Ltda.

PACIENTE	
APTO.:	
CONVEN.	

RELATORIO DE ENFERMAGEM

USO DE:		DATA / H		USO DE:	DATA
BOMBA DE INF.	DIL			ECG	
NEBULIZADOR	Nº			OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR	DIL			BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO				FOTOTERAPIA	
				INCUBADORA	

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
14/03/16	06:00	Administrado Metoclopramida 1ec + 8 Shd EV conforme prescrição	Raquel Nascimento S. P. Téc. de Enfermagem COREN/RN 596.[illegible]
14-03-16	08:00	Adm epistatina 1g + ABD + Valtarem 1amp IM	Luciene A. C. Pinheiro Lucena Téc. de Enfermagem COREN/RN 648506
14/01/16	8:15	realizado curativo de cateter com	
" "	"	álcool 70%, não sinais de prevenção de	
" "	"	oxidação, aspecto dos sítios [illegible]	
14-01-16	12:00	RN sai de alta hospitalar levando todos os seus pertences deixando seu prontuário com 02 película clínica	Luciene A. C. Pinheiro Lucena Téc. de Enfermagem COREN/RN 648506

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

Nega tudo!

Dra Anais

"Capítulo E"

30

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE José Evanildo da Silva APTO/ENF. 203 - A

REGISTRO CONVÊNIO: DATA: / /

PRESCRIÇÃO	HORARIOS
13/01/16 Equipe Trauma Cirurgia	
13/01/16	
① Dieta à partir das 20:00h (Dieta Leve)	SND 20hs
② Soro Fisiológico 0,9% 500 ml	500
③ Glutotiona 1g 8/8h EV	24/08/16
④ Ketorolaco 30mg 1 ap 4h	20h
⑤ Hoje Ceftriaxona 6/6hs EV	24/08/16 18h
⑥ Tramadol 50mg + Dipirona 2ml 8/8h EV 2ds	S/N
⑦ Enxu	Polina

Dr. Francisco de Assis F. de Paula
Ortopedia Traumatologia
CRM 3635-PB

Ana Celly R. Cavalcanti dos Santos
Enfermeira
COREN/RN 383.029

RC FARMÁCIA

RECIBO

DÉBITOS	
SERINGA 01 cc	
SERINGA 03 cc	
SERINGA 05 cc	
SERINGA 10 cc	
SERINGA 20 cc	
EQUIPO MICROGOTAS	
EQUIPO P/ BI	
EQUIPO P/ SANGUE	
JELCO Nº	
SCALP Nº	
POLIFIX	
LUVA PROCEDIMENTO	
LUVA ESTER. Nº	
GASES PCT	
ESPARADRAPO	
MICROPORE	
PVPI	
ETER	
ALCOOL 70%ml	
ALGUDÃO BOLA	
AGULHA DESC.	
CREPOM Nº	
ALGODÃO ORTOP.	
CEPACOL ml	
POMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LAMINA BISTURI	
ELETROLDO	
MASC. DESCAT	
SORO FISIO. 0,9%	
FITA HGT	

Dra Anais

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

6

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: Jue Francisco da Silva
REGISTRO: CONVÊNIO: APTO/ENF.: DATA: / /

PRESCRIÇÃO	HORARIOS					
14/01/16						
Cefalotina 1g ev						
cirurgia	m. Qorsel					
Alta						
Dr. Francisco Assis T. de Souza Ortopedia - Traumatologia CRM 3525-RN						

DÉBITOS	
SERINGA 01 cc	
SERINGA 03 cc	
SERINGA 05 cc	
SERINGA 10 cc	
SERINGA 20 cc	
EQUIPO MICROGOTAS	
EQUIPO P/ BI	
EQUIPO P/ SANGUE	
JELCO Nº	
SCALP Nº	
POLIFIX	
LUVA PROCEDIMENTO	1
LUVA ESTER Nº 7,5	1
GASES PCT	2
ESPARADRAPO 2cm x 10	
MICROPORE	
PVPI	
ETER	
ALCOOL 70%ml 5	1
ALGUDÃO BOLA	
AGULHA DESC.	
CREPOM Nº 15	
ALGODÃO ORTOP.	
CEPACOL ml	
POMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LAMINA BISTURI	
ELETRODO	
MASC. DESCAT	1
SORO FISIO. 0,9% 500ml	
FITA HGT	

RC FARMÁCIA

RECIBO

PRONTOCLÍNICA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclínica da Criança Ltda.

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: [illegible] REGISTRO Nº
APTO.: 203A CONVÊNIO: SUS
MÉDICO: [illegible]

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MÉDICA
12/01/16	Internado hora conv. [illegible]
13/01/16	Medicado conv. [illegible]
14/01/16	Alta evolução [illegible] - medicado e orientado

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-RN

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-RN

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-RN

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

PRONTOCLÍNICA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclínica da Criança Ltda.

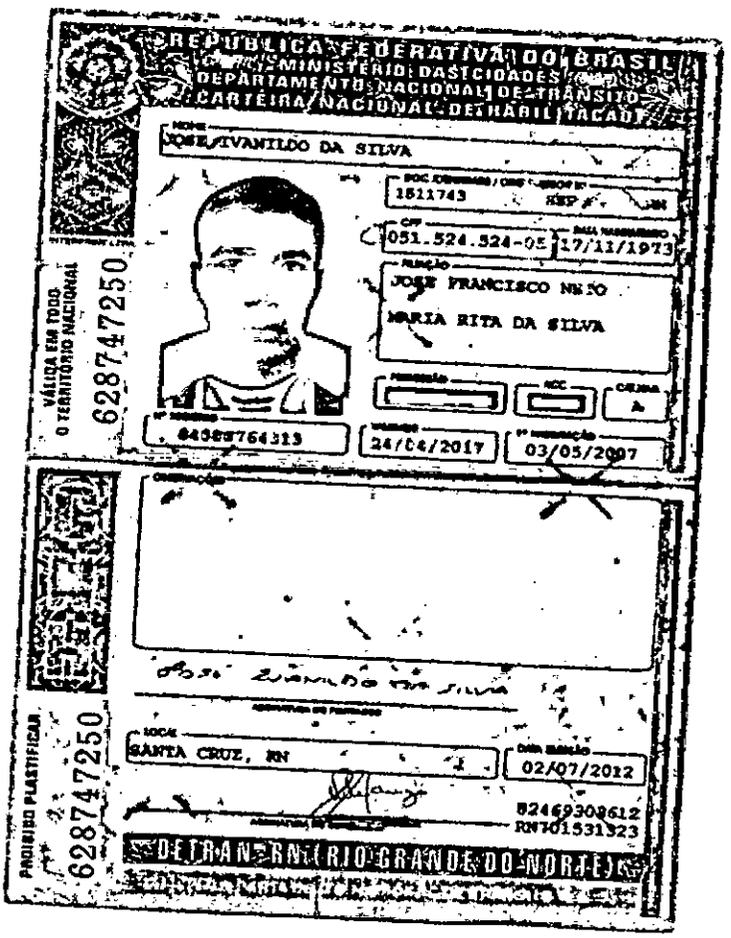
CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

APTº

NOME.: José Damildo da Silva REG.: MÉDICO.: CONVÊNIO.: SUS

DIA	HORAS	PRESSAO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VOMITO	DIURESE	EVACUAÇÃO	ASSINATURA
12/01/16	12:20	120 x 80		36.4°	–	–	–	–		[illegible]
13/01/16	20:00	100 X 60	–	36.6°	–	–	–	–	–	[illegible]
14/01/16	06:00	100 X 60	–	35.6°	–	–	–	–	–	[illegible]

DOCUMENTO 5 "T5%"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOSE IVANILDO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
1511743 SSP RN

CPF
051.524.524-05

DATA NASCIMENTO
17/11/1973

FILIAÇÃO
JOSE FRANCISCO NETO
MARIA RITA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CATEGORIA
A

Nº HABILITAÇÃO
84388764313

VALIDADE
24/04/2017

Nº HABILITAÇÃO
03/05/2007

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

628747250

OBSERVAÇÃO

José Ivanildo da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SANTA CRUZ, RN

DATA EMISSÃO
02/07/2012

02469308612
RN701531323

DETRAN-RN (RIO GRANDE DO NORTE)

PROIBIDO PLASTIFICAR

628747250

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **051.524.524-05**

Nome da Pessoa Física: **JOSE IVANILDO DA SILVA**

Data de Nascimento: **17/11/1973**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **17/12/2001**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:32:34** do dia **04/03/2016** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **62C2.146A.87BD.5EF5**
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

DOCUMENTO 3 *T3%*

NOME
RUBENS JOSÉ DE LUCENA VIANA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
1678950 SSP

CPF
008 003 114-30

DATA DE NASCIMENTO
20/05/1960

FILIAÇÃO
AFONSO JOSÉ DE CARVALHO VIANA
ANDLARA MARIA DE LUCENA VIANA

NACIONALIDADE
BRASILEIRA

SEXO
M

CATEGORIA
AB

DATA EMISSÃO
22/07/1998

DATA VALIDADE
22/08/2013

LOCAL
NATAL, RN

6210501875
RN701804597

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8120176 81

FORMATO PLASTICAR

ARIJANA SEGUROS
08 MAR 2016

DOCUMENTO 6 "T6%"

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011484235309

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	01003285209		2015

NOME: F A DA SILVA FILHO ME

CPF / CNPJ	PLACA
14.508.765/0001-41	OJV9593

PLACA ANT / UF	CHASSI
OJV9593 /RN	9C2PC4810ER501243

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVEL	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CB 500F	2014	2014

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
0CV/471 CILINDRADAS	PARTICULAR	BRANCA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
R$ 0,00	08/04/2015	1ª PAGO

FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	
002773 3X	R$ ******	2ª PAGO 3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
*** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO ***			DPVAT:PAGO

OBSERVAÇÕES
ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 06.043.050/0001-32
BB ADM DE CONS S.A.
MOTOR:PC48E1E501243

SANTA CRUZ/RN — DATA 08/04/2015

Coordenador de Registro de Veículos

CONTRAN

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

RN Nº 011484235309 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2015	08/04/2015

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	14.508.765/0001-41	OJV9593

RENAVAM	MARCA / MODELO
01003285209	HONDA/CB 500F

ANO FAB.	CAT.TARIF.	Nº CHASSI
2014	9	9C2PC4810ER501243

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MAR / 2014

DOCUMENTO 7 "T7%"

Á SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DPVAT

DECLARAÇÃO

Eu, José Ivanildo da Silva, portador do RG 1511743, inscrito no CPF: 051.524.524-05 residente da Rua/Av Rua das Orquideas - 41 Santa Cruz - RN, venho através deste informar que não tenho conhecimento do paradeiro do proprietário do veiculo de placa OJV9593, em nome de F A da Silva Filho me. Pois, tentei localizá-lo, mas não consegui saber o paradeiro do mesmo. Sem mais esclarecimentos.

Mossoró, 29 de Janeiro de 2016.

1º OFÍCIO

José Ivanildo da Silva
CPF: 051.524.524-05

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL Mazia Teleira de Oliveira Pereira Tabelã Pública Felizza Marques Araújo Substituta Estanislávia Karina B. M. Santos Escrevente
Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s) José Ivanildo da Silva Santa Cruz (RN)
29 JAN 2016
Válido somente com selo de autenticidade e fiscalização
Tabelã Pública
1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL Santa Cruz-RN Estanislávia Karina B. de Medeiros Escrevente Autorizada

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160166374 **Cidade:** Santa Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE IVANILDO DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO E

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

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:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160166374 **Cidade:** Santa Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE IVANILDO DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura clavicular esq com lesão parcial do plexo braquial esq

Descrição do exame médico pericial: fraqueza MSE com hipotrofia e parestesia (monoparesia grau 3)

Resultados terapêuticos: tratamento cirúrgico com osteosíntese com placa e parafusos. evoluiu com hipotrofia parcial da musculatura proximal do MSE. Ainda em consolidação da clavícula

Sequelas permanentes: HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO PRÉ EXISTENTE NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/04/2016

Conduta mantida:

Observações: VITIMA JA INDENIZADA ANTERIORMENTE SOB O SINISTRO 3150/470233 OCORRIDO EM R$ 1.687,50 REFERENTE A 50% DA LESÃO NO OMBRO ESQUERDO

Médico examinador: RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS

CRM do médico: 14616

UF do CRM do médico: PE

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 superiores	70 %	Em grau médio - 57,2 %	40,04%	R$ 5.405,40
		Total	**40,04 %**	**R$ 5.405,40**

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

DOCUMENTO 4 "T4%"

OUTORGANTE:

José Ivanildo da Silva, brasileiro, _____, inscrito no CPF\MF 051.524.524-05, residente na Rua das orquideas - 41 centro Santa cruz RN

OUTOGARDO:

Pelo presente instrumento de procuração ao final assinada, nomeia e constitui seu bastante procurador o senhor **RUBENS JOSÉ DE LUCENA VIANA, brasileiro, casado**, inscrito no **CPF de nº 008.003.114-50,** com endereço na Rua Campos Sales, nº 901, Abolição II – Mossoró/RN, para representa-lo, em qualquer parte do território nacional, junto a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT e/ou a qualquer outra Seguradora vigente neste país, com a finalidade de requerer a indenização do SEGURO DPVAT, podendo requerer e receber documentos pessoais do(a) outorgante ou de seu interesse; representá-lo perante repartições públicas, bem como perante empresas privadas; prestar as declarações necessárias, e tudo mais praticar para o fiel cumprimento do presente mandato, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgante.

Mossoró/RN, 29 de Janeiro de 2016.

1º OFÍCIO

José Ivanildo da Silva

OUTORGANTE

Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s) José Ivanildo da Silva
Santa Cruz (RN)
29 JAN 2016
Em testemunho da verdade
Tabelião Público
Válido somente com selo de autenticidade e fiscalização

Maria Helena Rodrigues Bezerra
Tabelião do Ofício do Registro Civil das Pessoas Naturais
FIRMA 1 - AH704955

Tabelião Publica
Heluza Marques Araujo
Substituta
Estanislávia Karina B. M. Santos
Escrevente

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz-RN
Estanislávia Karina B. de Medeiros
Escrevente Autorizada

ARIJANA SEGUROS
08 MAR 2016