



Número: **0814981-11.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VANDERLANDIO MATIAS DE MACEDO (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
URAI DE OLIVEIRA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10075 299	13/04/2017 10:39	01.1-Substabelecimento	Documento de Comprovação
10075 305	13/04/2017 10:39	01-Procuração	Documento de Comprovação
10075 312	13/04/2017 10:39	02-Boletim Policial	Documento de Comprovação
10075 331	13/04/2017 10:39	03-Documentos Médicos	Documento de Comprovação
10075 338	13/04/2017 10:39	04-Requerimento ADM	Documento de Comprovação
10075 354	13/04/2017 10:39	05 - Quesitos	Documento de Comprovação
10075 358	13/04/2017 10:39	06-Documentos Pessoais	Documento de Comprovação
10075 364	13/04/2017 10:39	07-Declaração de Insuficiência	Documento de Comprovação

RN ADVOCACIA



Dr. Roberto Neves OAB/RN 11239

SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, sem reserva de iguais, para a **Dr. JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob n.º 11239, os poderes que me foram conferidos por Dom derlanis Molias de Macedo, inscrito no CPF sob o n.º 063 452 724 00, portador do RG n.º 2.200.400, exclusivo para presente AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT que será protocolada nesta Comarca de Natal Estado/RN.

Macaíba, 20 de março de 2017

OAB/RN n.º 25.893

(documento assinado digitalmente na forma da Lei 11411/06)

Rua Dr. Sadi Mendes de Lucena, nº 1022-A, Santa Tereza, Parnamirim/ RN, CEP: 59.146.110 -
Fone (84) 99947-2766 - 2010-4827 - E-mail: rn.robertoneves@gmail.com



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Vanderlanclis M. de Macedo portador(a) da
cédula de identidade RG 2200100, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº.
063.452.724-00, residente e domiciliado (a) no endereço
Travessa Taneisio Ribeiro, 80 84
Nossa Senhora da Apresentação Natal/RN

OUTORGADO: JONATAS NEVES MARINHO DA COSTA, RG 07010121 37, CPF:
816.001.435-04, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/BA sob o nº
25.893, com endereços profissionais na Av. Almirante Alexandrino de Alencar,
nº. 776, Loja 05, Lagoa Seca, CEP 59022-350, Natal - Rio Grande do Norte.

PODERES: Para o foro em geral e repartições públicas, na forma do art. 38 do Código de
Processo Civil e art. 5º, § 2º, da Lei nº 8906, de 4 de julho de 1994, com cláusula "ad extra" e
"ad judícia", bem como PODERES ESPECÍFICOS para: receber citação, confessar, reconhecer
a procedência do pedido, transigir, desistir, receber valores e alvarás, receber, sacar e
endossar cheques nominativos, dar quitação, celebrar acordos e firmar compromisso,
podendo praticar atos em qualquer juízo ou fora dele, em qualquer instância ou tribunal,
inclusive repartições públicas administrativas e municipais, estaduais e federais como autor
ou réu, em conjunto ou isoladamente, independentemente da ordem de nomeação,
podendo ainda substabelecer esta, com ou sem iguais poderes e tudo mais praticar para o
fiel cumprimento deste mandato por prazo indeterminado.

Natal, 31 de Agosto de 2016.

OUTORGANTE



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Endereço: RUA: ESPLANADA SILVA JARDIM, 2, RIBEIRA, NATAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016031000113

1.2 Data de Expedição: 17/02/2016 17.11.26

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.4 Lígou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 24/05/2015 07.40.00

2.2 Autoria: Desconhecida

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: AVENIDA DAS FRONTEIRAS

2.8 Número: 00

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência: EM FRENTE AO POSTO ALE

2.12 Bairro: VALE DOURADO

2.13 Cidade: NATAL

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: VANDERLANDIO MATIAS DE MACEDO

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.3 Etnia: Parda

3.4 Pai: VICENTE SEVERINO DE MACEDO

3.5 Mãe: LUZIA MATIAS DE SOUZA MACEDO

3.6 Data de Nascimento: 05/09/1984

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 RG: 2200100 - ITEP/RN

3.9 CPF: 06345272400

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Naturalidade: PARELHAS - RN

3.13 Profissão: TECNICO EM REFRIGERAÇÃO

3.14 E-Mail:

3.15 Telefone(s): 84 99154953

3.16 Logradouro: TRAVESSA TARCISIO RIBEIRO

3.17 Número: 8084

3.18 CEP:

3.19 Bairro: NOSSA SENHORA APRESENTAÇÃO

3.20 Cidade: NATAL

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 9C2MD34007R006076

7.1.4 Renavam: 00903246635

7.1.5 Placa: MYW4469

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: XR 250 TORNADO

7.1.9 Categoria: Particular

7.1.10 Combustível: Gasolina

7.1.11 Ano do Modelo: 2007

7.1.12 Ano de Fabricação: 2006

7.1.13 Cor do veículo: LARANJA

7.1.14 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.15 Nota Fiscal:

7.1.16 Número do Motor:

7.1.17 Nome do proprietário: FLAVIO RODRIGUES DE SOUZA

7.1.18 Vínculo com a

7.1.19 Nome do condutor: VANDERLANDIO MATIAS DE MACEDO

Ocorrência:

7.1.20 Observações: CNH DO CONDUTOR 04441224129 VAL 03/10/2017

PROPRIETARIO É AMIGO DO CONDUTOR

END PROPRIETARIO RUA DA CONSOLAÇÃO 369, NOSSA SRA APRESENTAÇÃO

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE/VÍTIMA INFORMA QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA NA VIA QUANDO UM VEÍCULO AUTOMÓVEL, QUE VINHA EM SENTIDO OPOSTO, FEZ UMA CONVERSÃO A ESQUERDA "FECHANDO" A VÍTIMA, QUE FREOU, DERRAPOU E COLIDIU COM O MEIO-FIO SOFRENDO UMA QUEDA. DISSE QUE ACIONOU O SAMU POREM O ATENDIMENTO DEMOROU, QUE FOI LEVADO AO HOSPITAL POR UMA AMIGO QUE PASSAVA NO LOCAL NA HORA DO ACIDENTE. SENDO ATENDIDO SOFRENDO AS LESÕES DESCRITAS NA FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL N° 03 O.S 115/468441 ORIUNDO DO HOSPITAL DA UNIMED NATAL.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO DE B.O PARA FINS DE PLEITO DE SEGURO OBRIGATORIO DPVAT

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: 17/02/2016 17.11.26

Polícia

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 2072122 - VANESSA MESQUITA DE OLIVEIRA

Impresso por: 2072122 - VANESSA MESQUITA DE OLIVEIRA em 17/02/2016 17:11:28

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2016031000113 - Código de autenticação 9783b093c83f0d97d65297631b43b100

Página 1 de 1



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

Nº 339365

1 - Registro ANS 335592		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira 062003000-2865034		8 - Validade da Carteira 19/10/16	
9 - Atendimento a RN			
10 - Nome Vanderlandes Mota de Macedo		11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante João Roberto		15 - Conselho Profissional	
16 - Número no Conselho 1981		17 - UF AC	
18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Hospital Unimed	
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento U		23 - Tipo de Internação E2	
24 - Regime de Internação J		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 002	
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Paciente operado por Hemiorrquia a Paulo Hemiorrquia a Paulo			
29 - CID 10 Principal 527.1		30 - CID 10 (2)	
31 - CID 10 (3)		32 - CID 10 (4)	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic
01		Procedimento de Hemiorrquia	
02	1010209	Internação clínica	
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas	
41 - Tipo da Acomodação Autorizada			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
44 - Código CNES			
45 - Observação / Justificativa			
46 - Data da Solicitação 28/05/15			
47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Ivanete de Almeida Otopista - CRM 15085		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

SOCIEDADE COOP. DE TRABALHO MÉDICO - UNIMED NATAL
Rua Mipibú, 511 - Petrópolis - CEP 59020-250 - Natal - RN
Telefone (84) 3220-6200 - www.unimednatal.com.br

Unimed 
Natal

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

Usuário: Vanderlândia matos de Macedo
Código: 0670030004865034 Data do Internamento: 28 / 05 / 2015
Hospital: UNN Leito: 218A
Dias: Solicit.: _____ Lib.: _____ Diagn.: _____
Cód. Solicitado: _____ Internação: ☐ Clínica ☒ Cirúrgica ☐ UTI
Médico Assistente: _____ Médico Auditor: _____
☐ Parecer (Avaliação): Especialista: _____ Data: _____ / _____ / _____
☐ Acompanhamento: Especialista: _____
☒ Prorrogação: Dias: 07 dias
☐ Isolamento: _____
Nutrição: ☐ Enteral ☒ Parenteral
☐ Mudança de Procedimento: _____
Procedimento Anterior: _____
Procedimento Atual: _____
☐ Ventilação não invasiva: _____
☐ Materiais de Alto Custo: _____
Especificar: _____
☐ Medicamentos de alto custo: _____
Especificar: _____

Justificativa do Médico Assistente para o procedimento solicitado:

PACIENTE AINDA PERSISTE CI DRENO DE
POVX.

Data: 29 / 05 / 2015

Assinatura e Carimbo

Evstácio Aquino
Médico - Cirurgião
CRM/RN 5841

Justificativa do Médico Auditor para autorizar/ou não o procedimento solicitado:

De acordo com o solicitado

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura e Carimbo

UNIMED NATAL
AUDITADO
1 JUN 2015
Médico - Auditor
CRM/RN 5841

SOCIEDADE COOP. DE TRABALHO MÉDICO - UNIMED NATAL
Rua Mipibú, 511 - Petrópolis - CEP 59020-250 - Natal - RN
Telefone (84) 3220-6200 - www.unimednatal.com.br

Unimed 

Natal

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

Usuário: VANDERLANDIO MARIAS DE MACEDO
Código: 06200300078.65034 Data do Internamento: 28, 05, 15

Hospital: HUN Leito: _____

Dias Solicit.: _____ Lib.: _____ Diagn.: _____

Cód. Solicitado: _____ Internação: ☐ Clínica ☒ Cirúrgica ☐ UTI

Médico Assistente: _____ Médico Auditor: _____

☐ Parecer (Avaliação): Especialista: _____ Data: ____/____/____

☐ Acompanhamento: Especialista: _____ ☐ Sim ☐ Não

☐ Prorrogação: Dias: _____ ☐ Sim ☐ Não

☐ Isolamento: _____ ☐ Sim ☐ Não

☐ Nutrição: ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Sim ☐ Não

☒ Mudança de Procedimento: _____ ☐ Sim ☐ Não

Procedimento Anterior: _____

Procedimento Atual: TORACOTOMIA C/ DRENAGEM PLEURAL FOCADA

☐ Ventilação não invasiva: _____ ☐ Sim ☐ Não

☐ Materiais de Alto Custo: 3080413-2 ☐ Sim ☐ Não

Especificar: _____

☐ Medicamentos de alto custo: _____ ☐ Sim ☐ Não

Especificar: _____

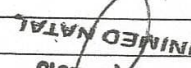
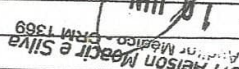
Justificativa do Médico Assistente para o procedimento solicitado:

PACIENTE VERENA DE ACRÓNTE DE TRANSITO
com trauma torácico focado, TC = trauma
pleural e, fratura clavícula e, fratura
face com uma drenagem pleural.

Data: ____/____/____ Assinatura e Carimbo

RODRIGO ALEXANDRE VIANA
CRM 5238

Justificativa do Médico Auditor para autorizar/ou não o procedimento solicitado:

De acordo

10 JUN. 2015

Dr. Nelson Macêdo e Silva
CRM 1369

Data: ____/____/____ Assinatura e Carimbo

Num. 10075331 - Pág. 4

Cliente: VANDERLANDIO MATIAS DE MACEDO Data de Nascimento: -
N. Atendimento: 115-486488 Data Atendimento: 28/05/2015 Médico Solicitante: -

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

A - Realizado estudo tomográfico helicoidal com cortes no plano axial, sem a utilização meio de contraste iodado EV.

Fratura oblíqua completa no terço médio da clavícula esquerda, com discreto desalinhamento, sem sinais de consolidação. Existe também fratura completa alinhada e não consolidada no sexto arco costal anterior à esquerda. Há ainda traço incompleto de fratura no sétimo arco costal do mesmo lado.

Volumoso derrame pleural à esquerda.

Opacidades em faixa nos porções visibilizadas do pulmão esquerdo, provavelmente relacionadas à atelectasias laminares. Milimétricos granulomas calcificados esparsos no pulmão esquerdo.

Não há evidência de processos expansivos ou adenomegalias no mediastino. Diminuto linfonodo calcificado na cadeia paratraqueal inferior direita.

Traquéia e brônquios principais de calibre e contornos normais.

Coração e aorta torácica sem anormalidades.

Demais estruturas vasculares do mediastino conservadas.

CONCLUSÃO:

Fratura da clavícula e do sexto arco costal anterior esquerdo.

Volumoso derrame pleural à esquerda.

Granulomas calcificados esparsos no pulmão esquerdo.

Laudo gerado no dia: 28/05/2015 21:04. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <https://www.wbsrad.com.br> e utilize a data/hora e chave: qFLRYnGS para acesso.



Laudado Por:

THADEU ALEXANDRE PAULINO DE SOUSA

Av. Antônio Basílio, 3598 - Bairro Lagoa Nova - Natal/RN CRM-RN 5447 / RADIOLOGISTA
CEP: 59054-380 - Telefone/Fax: (84) 3220-1500

HISTÓRI

HOSPITAL UNIMED/ NATAL
Nome: WANDERLANDIO MATIAS DE MACEDO
Convenio: UNIMED NATAL Carteira: 0620030007865034
Registro: 330544 Dt. Intern: 28/05/2015 Dt. Nasc.: 05/09/1984
Medico: IVAN LUCENA DE ALMEIDA
Unidades: UN2 Leitor: 218A - ENF

Hospital
Unimed 

DADOS PESSOAIS

Nome: Wanderlandio Matias de Macedo Idade: 30 an Sexo: M FIA: 330544
Estado civil: _____ Ocupação: _____ Religião: _____
Endereço: _____
Telefone: _____ Pessoa significativa: _____
Peso: _____ Kg Estatura: _____

DADOS DO INTERNAMENTO

Histórico médico: Pneumotórax, diagnóstico HEMOTÓRAX.
Cirurgias realizadas: Amare.
Data de admissão: 28 / 05 / 15

INFORMAÇÕES A RESPEITO DA DOENÇA

Dados da história clínica: Paciente vítima de queda de moto há 3 dias com
fratura de clavícula e arno em tórax.

Conhecimento da doença: ☒ Sim () Não

Medicamentos que utiliza: Não recomendação medicamentosa

Médicos assistentes: Dr. (Rustão) Rodrigo Lúlan

Antecedentes patológicos: () Diabetes () Hipertensão () Outros: _____
() Cardiopatia () Artrite

Alergias: Medicamentosa: Nega

Alimentar: Nega

HABITOS

Sono / Repouso: Preservado

Atividade física: Nega

Alimentar: Nega

Eliminações: Urinária ☒

Intestinal: ☒

Tabagismo: () Sim ☒ Não

Etilismo: ☒ Sim () Não

29/05/15 #15702 Demogran Plumb

Paciente bem, vital, com dor em L45
Exame físico normal

Dono 250ml sanguinolento sem fígado
Sintomas de
2x1mm

Rodrigo Alexandre V. Viana
Cirurgia Geral/Prática
CRM-AN 5238

30/05/15 22 PO Demogran Plumb

Paciente melhor
Sem dor importante.

Dono 300ml Mm 24h, os outros poucos.
Cali Mto.

Gustavo Camargo Gentile
Diretor Clínico
CRM 4691

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL UNIMED/ NATAL

Nome: VANDERLANDIO MATIAS DE MACEDO
Convenio: UNIMED NATAL Carteira: 0620030007865034
Registro: 330544 Dt. Intern: 28/05/2015 Dt. Nasc.: 05/09/1984
Medico: IVAN LUCENA DE ALMEIDA
Unidade: UN2 Leito: 218A - ENF

28/05/15 * *Giorgio Tassio*

Acidente vítima de acidente de trânsito (queda de moto) há 4 dias, com trauma torácico fechado.

Documentos médicos com dos eutó associados à dor e dor.

PR: UNM ⊕ dor no tórax

TC Tórax: derrame pleural B + fratura clavícula B + fratura HACS.

PR: Hemoesítorax traumático.

Conduta: Tratamento pleural

*Rodrigo Alexandre V. Viana
Cirurgião Geral Torácica
CRM-AM 5236*

23:10 * *Nota Operatória*

Acidente vítima de queda de moto com trauma torácico fechado.

Seu tratamento,

UNIMED NATAL SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

AV. ANTÔNIO BASÍLIO, 3598 - LAGOA NOVA - NATAL/RN - CEP:59054-380

FICHA DE INTERNAMENTO

FICHA DE REGISTRO - 28/05/2015 22:31

Nº ATEND.: 6

DADOS DO PACIENTE:

Registro: 330544 Nome: VANDERLANDIO MATIAS DE MACEDO
Nascimento: 05/09/1984 Idade: 30 anos Sexo: Masculino
Estado Civil: RG: 2200100 CPF: 063.452.724-00
Pai: Mãe: LUIZA MATIAS DE MACEDO
Endereço: R ILHA DE SAO VICENTE Nº 1456 POTENGI
CEP: 59129-100 Cidade: NATAL Estado: RN
Tel: 8499154952 E-mail: Procedência:

DADOS DO RESPONSÁVEL:

Nome: MARIA EDIJANE DO NASCIMENTO MACEDO Parentesco: ESPOSA
RG: 18334167 CPF:
Endereço: CEP:
Telefone: 84885560671

DADOS DO CONVÊNIO:

Convênio: UNIMED NATAL
Titular: VANDERLANDIO MATIAS DE MACEDO Matrícula: 0620030007865034
Val. Carteira: 19/02/2016
Guia: 51379369
Diária Autorizada: DIARIA DE ENFERMARIA Dias Autorizados: 1 Validade da Guia: 29/05/2015

INFORMAÇÕES DE INTERNAÇÃO:

Unidade: UNIDADE INTERNACAO 2 ANDAR Tipo Leito:
Leito: 218A - ENF
CID: S271-HEMOTORAX TRAUMATICO

INFORMAÇÕES MÉDICO-HOSPITALARES:

Médico Paciente: IVAN LUCENA DE ALMEIDA
Observação:


ELISANGELA
Funcionário (a) Responsável


Maria Edijane

Data e hora da impressão: 28/05/2015 às 22:36

VANDERKAMIO MATIN DE MAGRO

ETIQUETA

CONFERIDO
PELO ORIGINAL

CIRURGIA REALIZADA: INTAMENTO CONSERVADOR FMTUNA CLAVICULA

DATA: 29 / 08 / 10

INÍCIO:

TÉRMINO:

EQUIPE	NOME	CRM	ASSINATURA
CIRURGIÃO	JAQUELIN		
1º AUXILIAR			
2º AUXILIAR			
3º AUXILIAR			
ANESTESISTA			
ENFERMEIRO			
INSTRUMENTADOR			
CIRCULANTE			

DESCRICAO DO ATQ CIRURGICO

Pratunguhtu unsewados futher
picead q. of moblitzado
fiso v2 fress.

**CONFERIDO
PELO ORIGINAL**

JUSTIFICATIVA P/ MATERIAL DE ALTO CUSTO:

POTENCIAL CONTAMINAÇÃO	
()	Limpa
()	Potencialmente Contaminada
()	Contaminada
()	Infectada

	CIRURGIA	TEMPO
1	Pequena	
2	Média	
3	Grande	
4	Simultâneas	
	Principal e Secundária	

Gaupiran J. Gomes de Souza
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 3333
 CPF: 368.710.75

UNIMED NATAL SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
AV. ANTÔNIO BASÍLIO, 3598 - LAGOA NOVA - NATAL/RN - CEP:59054-380

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

FICHA DE REGISTRO - 24/05/2015 09:13 Nº ATEND.: 3 O.S. - 115/468441

Nome: 330544 - VANDERLANDIO MATIAS DE MACEDO
Nascimento: 05/09/1984 Idade: 30 anos Sexo: Masculino
Estado Civil: RG: 2200100 CPF: 063.452.724-00
Pai: Mãe: LUIZA MATIAS DE MACEDO
Endereço: R ILHA DE SAO VICENTE-POTENGI Nº: 1456
Cidade: NATAL / RN CEP: 59129-100 Tel: 8499154952
Responsável: VANDERLANDIO MATIAS DE MACEDO
Convênio: UNIMED NATAL Matrícula: 0620030007865034
Hipótese Diag: -
Médico: GAUGEFRAN JOSE GUEDES DE SOUZA

Parentesco:
Val.Carteira: 19/02/2016

Hora do atendimento médico: _____

SRO 1.95

SINAIS VITAIS: FC: 72 bpm PA: 130 x 60 mmHg P: _____ Temperatura: 36 °C HGT: _____

QUEIXA PRINCIPAL + HDA:

Depressão de rotina e fadiga
na caminhada.

COMORBIDADES/CHV: _____

MEDICAÇÃO EM USO: () NÃO () SIM _____

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: () BOM () REGULAR () GRAVE _____

AValiação NEUROLÓGICA: () NORMAL () ANORMAL _____

ASCULTA CARDIO PULMONAR: () NORMAL () ANORMAL _____

ABDÔMEN: () NORMAL () ANORMAL _____

DIAGNÓSTICO:

Fadiga crônica.

TRATAMENTO:

ALERGIA: (X) NÃO () SIM _____

Tratamento prescrito:
Vit. B12

CONFERIDO
PELO ORIGINAL

Programação clínica: Receita: Sim () Não () SN ()

HORA DA ALTA MÉDICA: _____

Gaugefran J. Guedes de Souza
CPF: 359.170.94-57
Ass. Médica

Assinatura do Paciente

Operador(a): ODARA

Data/hora da impressão: 24/05/2015 às 09:14

Entrega da Carteira do Convênio => Operador(a):

24/05/15 12:19

Paciente:

X Maria Edy

Cliente: 330544 - VANDERLANDIO MATIAS DE MACEDO **Data de Nascimento:.** 05/09/84
Sexo:. Masculino **Convênio:** UNIMED NATAL **Setor Solic:** PRONTO ATENDIMENTO
Nº Atendimento: 115 /468495 **Data Atendimento:** 24/05/2015
Medico Solicitante: Dr(a) GAUGEFRAN JOSE GUEDES DE SOUZA-CRM:3333

CLAVÍCULA ESQUERDA

Sinais de fratura no terço médio da clavícula esquerda.

Textura óssea normal.

fa

Dr(a) RITA DE CASSIA SIMOES MATHEUS - CRM: 3891

CONFERIDO
PELO ORIGINAL

Av. Antônio Basílio, 3598 - Bairro Lagoa Nova - Natal/RN

Cliente: 330544 - VANDERLANDIO MATIAS DE MACEDO Data de Nascimento: 05/09/84
Sexo: Masculino Convênio: UNIMED NATAL Setor Solic: PRONTO ATENDIMENTO
Nº Atendimento: 115 /468495 Data Atendimento: 24/05/2015
Medico Solicitante: Dr(a) GAUGEFRAN JOSE GUEDES DE SOUZA-CRM:3333

TÓRAX

Pulmões simétricos com transparência normal.
Hilos de configuração, topografia e dimensões normais.
Seios costofrênicos livres.
Silhueta cardíaca normal.
Aorta torácica normal.

Dr(a) RITA DE CASSIA SIMOES MATHEUS - CRM: 3891

CONFERIDO
PELO ORIGINAL

UNIMED NATAL SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
AV. ANTÔNIO BASÍLIO, 3598 - LAGOA NOVA - NATAL/RN - CEP:59054-380

FICHA DE INTERNAMENTO

FICHA DE REGISTRO - 28/05/2015 22:31

Nº ATEND.: 6

218-A

DADOS DO PACIENTE:

Registro: 330544
Nascimento: 05/09/1984
Estado Civil:
Pai:
Endereço: R ILHA DE SAO VICENTE Nº 1456 POTENGI
CEP: 59129-100
Tel:8499154952
Nome: VANDERLANDIO MATIAS DE MACEDO
Idade: 30 anos Sexo: Masculino
RG: 2200100 CPF: 063.452.724-00
Mãe: LUIZA MATIAS DE MACEDO
Cidade:NATAL
E-mail:
Estado: RN
Procedência:

DADOS DO RESPONSÁVEL:

Nome: MARIA EDIJANE DO NASCIMENTO MACEDO Parentesco:ESPOSA
RG: 18334167 CPF:
Endereço: CEP:
Telefone: 84885560671

DADOS DO CONVÊNIO:

Convênio: UNIMED NATAL
Titular: VANDERLANDIO MATIAS DE MACEDO Matrícula: 0620030007865034
Val.Carteira: 19/02/2016
Guia: 51379369
Diária Autorizada: DIARIA DE ENFERMARIA Dias Autorizados: 1 Validade da Guia: 29/05/2015
soluic - 2

INFORMAÇÕES DE INTERNAÇÃO:

Unidade: UNIDADE INTERNACAO 2 ANDAR
Leito: 218A - ENF
CID:S271-HEMOTORAX TRAUMATICO
Tipo Leito:

INFORMAÇÕES MÉDICO-HOSPITALARES:

Médico Paciente: IVAN LUCENA DE ALMEIDA
Observação:

Elisângela
Regina Vasconcelos de França
Assistente Administrativo
Má 3076
Hospital Unimed
15.06.15

ELISANGELA
Funcionário (a) Responsável

+ Maria Edijane
Data e hora da impressão: 28/05/2015 às 22:36

20/02/2017

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160492249 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA VANDERLANIO MATIAS DE MACEDO

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO MELO E ZANONA (MBM) CORRETORA E ADMINISTRADORA DE SEGUROS LTDA. - ME - MBM SEGURADORA

BENEFICIÁRIO VANDERLANIO MATIAS DE MACEDO

CPF/CNPJ: 06345272400

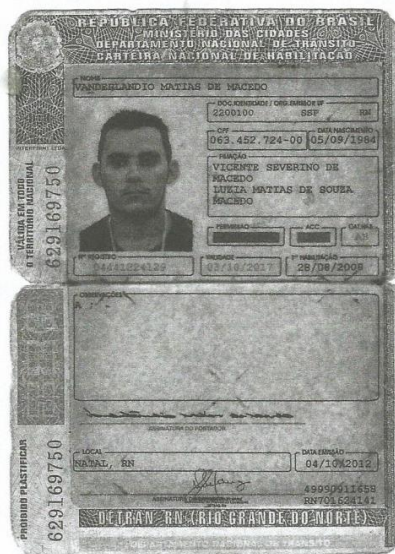
Posição em 20-02-2017 11:51:19

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
30/08/2016	R\$ 1.687,50	R\$ 202,23	R\$ 1.889,73

Quesitos

- 1- Quais as lesões sofridas pelo autor?
- 2- As lesões decorreram de acidente de veículo?
- 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?
- 4- Totalmente ou em parte?
- 5 - Em que percentual?
- 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho?
- 7- A incapacidade é temporária ou permanente?
- 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral?
- 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?
- 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacitação laborativa é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei nº 11.073/2004
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memmox, 150, Balaio, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.c-sern.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA EDIJAINE DO NASCIMENTO MACEDO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV TARCÍSIO RIBEIRO 6084

CPF: 010.233.624-57

NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO/ÁREA
NATAL RN
59114-226

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO MÊS/ANO
7009181037 01/2016
DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
11/02/2016 11/02/2016
TOTAL A PAGAR (R\$) 90,37

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
000482834	UNICA	12/01/2016
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
12/01/2016	3010850282	7523834

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	148,00000000	0,48900741	72,37
Acrescimo Bandeira VERMELHA			6,88
Contribuição Iluminação Pública			9,34
TOTAL DA FATURA			90,37

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
2140523901	CAT	11/12/2015	396,00	12/01/2016	544,00	32	148,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MÊS/ANO kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
JAN 15 148		ICMS	81,03	17,00	13,77
DEZ 15 124		PIS	81,03	1,20	0,97
NOV 15 87		COFINS	81,03	4,93	3,99
OUT 15 61					
SET 15 79					
AGO 15 44					
JUL 15 30					
JUN 15 30					
MAI 15					
ABR 15					
MAR 15					
FEV 15					
JAN 15					
		TARIFAS APLICADAS		0,37590000	
		Consumo Ativo (kWh)			
		RESERVAÇÃO AO FISCAL			
		53BC C613 C1E2 8F3F E68F D2B0 C095 C5A4			

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Não vale a leitura a bandeira em vigor e a vermelha. Mas, informações em www.aneel.gov.br. Pagamento em dinheiro gera multa 2% (Res. 414/ANEL-09/09) e juros (taxa de 4,5% a.d.a.02), no período mês. O cliente é compensado quando há variação na contabilidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. O cliente é compensado quando há desconto no preço definido para os padrões de atendimento com base.

As correlações entre as fornecimento (Protocolo ANEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos de energia em disponibilidade, para consulta, em nossas unidades de atendimento ou no site www.c-sern.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO	
ÍNDICE	CONJUNTO	VALOR ANUAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
DIC		3,29	5,43	10,86	220	202
FEV		2,00	3,36	6,72		231
OUT		2,25	3,11	6,00		

Limite DIURNO 12,22 EUSO - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 25,93

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
7009181037 01/2016 11/02/2016 90,37
83800000000-9 90370038007-0 00918103720-7 00564983753-4



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Declaro para todos os fins e efeitos que, no momento, não disponho de recursos econômicos para custear quaisquer despesas processuais tanto de custas processuais, depósito recursal e honorários sem prejuízo do meu sustento e da minha família, posto que encontro-me desprovido de recursos para tal desiderato nos termos do Art. 1º da lei 7.115/83 de 29 de Agosto de 1983, da lei 1.060/50 e legislação pertinente, responsabilizando-me pelos termos dessa declaração.

Sendo a expressão da verdade, firmo a presente declaração, sob as penas da lei.

Natal, 31 de Agosto de 2016



AUTOR: Janderlandio Matias de Macedo

CPF: 063.452.724.00