

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170520326 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OBERLAN CLEMENTINO DA SILVA **Data do acidente:** 12/06/2016 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL LEVE EM TORNOZELO DIREITO EM CONSEQUÊNCIA AO SINISTRO EM QUESTÃO

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM do médico: 52.35988-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170520326 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OBERLAN CLEMENTINO DA SILVA **Data do acidente:** 12/06/2016 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL LEVE EM TORNOZELO DIREITO EM CONSEQUÊNCIA AO SINISTRO EM QUESTÃO

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM do médico: 52.35988-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PE _____



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, OSBERLAN CLEMENTINO DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 1092617 EXPEDIDO POR SSP/RN/DETRAN EM 10/03/15 E

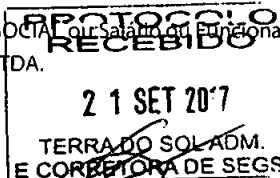
CPF 720522364-49 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO RECUZO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUZO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA OSBERLAN CLEMENTINO 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 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 SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



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) 0560 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 74671-9

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, 15 de SETEMBRO de 2017

LOCAL E DATA

Osberlan Clementino da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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.

PROTOCOLO
RECEBIDO

21 SET 2017

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

INM: sorteios de segunda-feira a sábado. Apos

258-398255516-9

15/SET/2017

HORA DF 14:19:47

OT. 17.012886-5

IFRM 027884

LOCALIDADE: MOSSORÓ

AG. VINCULADA: 0560

CONTROLE: 0

NOME: OBERLAN CLEMENTINO DA SILVA

AGÊNCIA: 0560

OPERAÇÃO: 013

CONTA DV: 0074671 9

DATA DE ABERTURA: 15/09/2017

LOTÉRIAS CAIXA

258-398255516-9

1ª VIA



Boletim de ocorrência

PROTOCOLO
RECEBIDO

21 SET 2017

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVILSEGUNDO DISTRITO POLICIAL - 2ª DP/MOSSORÓ

Rua Camilo de Paula, s/nº, Bairro Nova Betânia, Mossoró-RN, Tel. (0xx84) 3315-5592

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 779/2016.NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de TrânsitoLOCAL DO FATO: Rua Coronel Fausto x Dom Helder Camara. Lagoa do mato. Mossoró/RN.DATA E HORA DO FATO: 12/06/2016, por volta das 12:30hs.→ DECLARANTE: Oberlan Clementino da SilvaENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Dom Helder Camara, 2292. Belo Horizonte. Mossoró/RN.DATA DE NASCIMENTO: 01/12/1972ESTADO CIVIL: solteiroFILIAÇÃO: Solidonio Clementino da Silva e Analia Candida da Silva.NATURAL: Mossoró / RNSEXO: masculinoOCUPAÇÃO: AutonomoDOCUMENTO: RG nº 1092617 SSP/RNTEL: (84) 99155-7175VÍTIMA: O comunicanteNOTICIADO:HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O declarante declara que na data, hora e local, acima supracitado, conduzia uma moto de placa MXN-0134 e RENAVAM:00176829016 quando no cruzamento havia outra moto cruzando a pista; Que o comunicante colidiu com a moto e caiu no chão. Que foi socorrido por amigos e encaminhado para o UPA do Belo Horizonte; **Declara que não compareceu ao local do relatado acidente** nenhum órgão público de trânsito, fiscalizatório ou policial/rodoviário/militar/ **polícia civil/federal/ guarda municipal ou bombeiro, ou seja, nenhum órgão rodoviário/ fiscalizatório/policial na esfera estadual, federal ou municipal compareceu ao local do acidente declarado;** Que as informações prestadas são para fins de DPVAT; Nada mais disse.

DATA E HORÁRIO DO REGISTRO: 21/07/2016, às 09:35hs.

OBS.: Nenhum servidor desta delegacia (2ª DP Mossoró/RN) compareceu ao local do fato para atestar a veracidade das declarações prestadas.

OBS: As declarações constantes neste ato declaratório para assentamento do presente B.O. declaratório são de inteira responsabilidade do declarante.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Assentamento do B.O.. Ciente a chefia desta DP. Não houve representação criminal ou procedimento policial instaurado.

Oberlan Clementino da Silva
ASSINATURA DA DECLARANTE RESPONSÁVEL

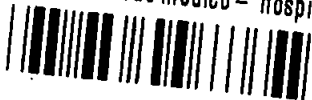
PRO. COLO
RECEBIDO

21 SET 2017

TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.

copiada 13-06-16

Documentação médico - hospital

Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da SaúdeSistema
Único
de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

Unidade UPA - RAIMUNDO BENJAMIN FRANCO - BH

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:

71930

Atendimento Nº:

288943

Nome: BERLAN CLEMENTO SILVA (CPF)

Idade: 11/12/1972 (43a 6m)

Sexo: Masculino

Cartão SUS:

ANABELA MANDIDA DA SILVA

Profissão: CORNEIRO MECANICO

Endereço (Rua/Av.):
RUA HELDER CAMARA

Nº: 2292

Complemento:

Bairro:
BELO HORIZONTECidade:
59600-450 MOSSORO RN

Estado:

Telefone:
99155-7175Clínica:
CLINICA MEDICA

Data: 12/06/2016

Hora: 13:07

Motivo da Procura:
FRONTO ATENDIMENTO

Rubrica Servidor:

MARIA IRENE FERNANDES DE OLIVEIRA

Assinatura do Paciente:

ACOLHIMENTO:

() Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos:

Nulo

HAS () DM: ()

Assinatura:

Classificação:

ANAMNESE:

Paciente interna do quadro de moto, com exposto,
apresenta queixas em MSD e MTD Chagui
Digo, paciente interna de colúmbio entre motos.

EXAME
FÍSICO:

Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: _____ F.R.: _____ Glasgow: _____

SpO2: _____ HGT: _____

S.E.

Apresenta dor e limitação de movimento do tornozelo (D)

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS

() Laboratório:

() Radiológico:

() ECG

() Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Conduta: () Medicação () Observação () Laudo para AIH

Médico: (Carimbo e Assinatura)

Saída: Data/Hora ____ / ____ / ____ às ____ : ____ h. () Alta referido para UBS () Óbito

() Outra Unid. Urgência () Especialidade

() Internação no Hospital:

Dra. Liana Lopes
Médica
CRM/RN 71718

- ① - Duponon 500 x 1 l - 4p. + 8 l AAO. Eiv (Sug)
- ② - Meltem 75 x 12 l - 4p. 1 Th
- ③ - Limpeza e lustrar

Dra. Liana Lopes
- Médica -
CRM/RN 1978

13:50 Realizado limpeza em MIE (folho e
pe), onde foi utilizado SFO, 9% e cobertura com
gazes e atadura.

Liana
24/36



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

OSBERLIN CLEMENTINO SILVA

PROTOCOLO
RECEBIDO

21 SET 2017

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

FAZ DO TORN. (4D)
(TALUS - INC?)
(CAL & ALCOV) - INC?

CONDIÇÃO: 16 TALA BOM

NÃO FISCAR

REVISÃO - 2 SEMANAS

(R: + RS)

15 06 2016

João Filipe da Silva Neto
C.R.M.: 2517

João Filipe da Silva Neto
C.R.M.: 2517

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-4830 - Mossoró - RN



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
GERÊNCIA EXECUTIVA DA SAÚDE



Nº do Cadastro / Prontuário _____

378-656

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: RAM - CC.P.V.R. Município: _____
Paciente: OBERLAN CLEMENTINO SILVA
Endereço: _____
Idade: _____ Sexo: M () F () Ocupação: _____
Nome do Responsável: _____

Resumo Clínico: (1) RJ (2) RX TORNADOZ (3) RX CALCANEU

REVISÃO:

Resultado dos Exames: _____
Tratamento já realizado: _____
Impressão diagnóstica: _____
PROFISSIONAL _____ DATA 05.07.2016

AGENDADO

Encaminhamento para a especialidade: _____
Consulta marcada para a unidade: _____ Município: _____
Para o Dr. _____ às _____ Horas do dia ____ / ____ / ____

FICHA CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referência: _____ Município: _____
PACIENTE: _____ Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: _____
Resultado de Exames Realizados: _____
Diagnóstico: _____
Conduta: _____
Observações: _____
PROFISSIONAL _____ DATA _____

Garantida a continuidade da assistência integral ao paciente (Prontuário Nº _____)

Orientado para retornar a Unidade de origem _____ Município _____

VITIMA

PROTOCOLO
RECEBIDO
21 SET 2017
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

Documentos de identificação



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
OBERLAN CLEMENTINO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
1092617 ITSP RN

CPF
720.522.364-49 DATA NASCIMENTO
01/12/1972

RELAÇÃO
SOLIDONIO CLEMENTINO
DA SILVA
ANALIA CANDIDA DA
SILVA

PERMISSÃO ☐ ACQ. ☐ CALHAB. ☐
RD ☐

NP REGISTRO
01132018953

VALIDADE
06/03/2020

1ª HABILITACAO
06/09/1994

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
958107949

PROIBIDO PLASTIFICAR
958107949

COMOÇÕES
A:
EXERCE ATIV REMUNERADA:

Oberlan Clementino da Silva
ASSINATURA DO PREENCHER

LOCAL
MOSSORO, RN

DATA EMISSÃO
10/03/2015

36140310008
RN702154622

DETRAN - RUA VIRIO GRATO DE O. NOBRE