

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: 09/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01021-9

CONTA: 000000024499-6

Nr. da Autenticação 0DA318878F6BA2C1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200206410 **Cidade:** Upanema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA **Data do acidente:** 26/02/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.
TRAUMA CORTO-CONTUSO DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO (AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS-TÍBIA / AMPUTAÇÃO DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DÉFICIT ANATÔMICO DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E PERDA ANATÔMICA DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTO MÉDICO ACOSTADO NA PÁG. 11 NÃO PERTECE A VÍTIMA - DESCONSIDERADA DA ANÁLISE.

PÁG. 7/16_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200206410 **Cidade:** Upanema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA **Data do acidente:** 26/02/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.
TRAUMA CORTO-CONTUSO DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO (AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS-TÍBIA / AMPUTAÇÃO DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DÉFICIT ANATÔMICO DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E PERDA ANATÔMICA DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOCUMENTO MÉDICO ACOSTADO NA PÁG. 11 NÃO PERTECE A VÍTIMA - DESCONSIDERADA DA ANÁLISE.

PÁG. 7/16_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

Compl:

* Erno-esa.

PESO:

29/02/2020 17:04:53

HDRA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C.T. Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	33.63		93		18	68		15	

De Hora: 13:40.

[illegible]

do tronco 15, pusitas (cicatrizes).
A pele na perna esquerda notada medialmente (relatou por visualizado na resposta).
Pele esquerda abaulada precocemente

Diagn. Inicial: Tumor na mama, CA (USC) (code to -code)

Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
<p>1. Ex. penico E (AP e perfil)</p> <p>2. Ex. p.e E (AP e perfil)</p> <p>3. Ex. tomografia (AP e perfil)</p> <p>Avaliação da sintopodia</p> <p>Alta de emergência geral + orientações</p> <p>CC Pulmonar 2g de disulfeno</p>			
<p>HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA</p> <p>ESTÁ CONFORME O ORIGINAL</p> <p>SAME MOSSORÓ</p> <p>SAME / ARQUIVO</p>			
<p>OK p.e + vide folha</p>			

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

SAME / ARQUIVO

*SAÍDA: () Decisão médica (X) Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID 5892 Proc. 04030.000 0

Date: 2-21-20 Hr: 13:01

Médico:

Modelo 100-BX por FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS Impresso em 26 de Fevereiro de 2020

Carim Dect

ASSISTANT

Dr. Dipintha Caudas, MD
Ortopedista
CRM-4007

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES
2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES
2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA (8 - 989/2020)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
212198

7 - CARTÃO NACIONAL DE PACIENTES
760708948984175

8 - DATA DE NASCIMENTO
28/02/1999

9 - SEXO
Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3

10 - RAÇA/COR
PARDA

11 - NOME DA MÃE
MARIA SUELY MENDONCA DA SILVA

12 - ENDEREÇO DE COABITAÇÃO
RUA TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA

14 - ENDEREÇO DE CONTATO
RUA TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
PA PALHEIROS, 107 - UPA NEMA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
UPANEMA

17 - COD. IBGE MUN. CÍPIO
241460

18 - UF
RN

19 - CEP
59670000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fratura em linha de fratura e linha de fratura na face lateral
do 1º metacarpo do 1º dedo da mão direita. No exame clínico
há dor e edema no local da fratura. Radiografia mostra fratura
comminuta do 1º metacarpo do 1º dedo da mão direita.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Microscopia da fratura

04180510500

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

RX + tomografia

04180510500
0413040178

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DO HALUX + fratura do 1º metacarpo do 1º dedo da mão direita

24 - CID 10
S82.2
25 - CID 10
S82.2
26 - CID 10
S82.2

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS PODODACTILOS

0415930013

28 - TIPO DE PROCEDIMENTO
CIR

29 - DATA DE INTERNAÇÃO
2

30 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF
72064984491

31 - NOME DO RESPONSÁVEL ASSOCIADO
TUPINAMBA CALDAS LEONARDO NOGUEIRA

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO
26/02/2020

33 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL ASSOCIADO
Ortopedista

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
35 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
39 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
40 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
41 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
42 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
43 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
44 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
45 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
46 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
47 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
48 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
49 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
50 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
51 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
52 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
53 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
54 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
55 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
56 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
57 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
58 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
59 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
60 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
61 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
62 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
63 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
64 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
65 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
66 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
67 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
68 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
69 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
70 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
71 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
72 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
73 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
74 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
75 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
76 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
77 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
78 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
79 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
80 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
81 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
82 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
83 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
84 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
85 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
86 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
87 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
88 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
89 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
90 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
91 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
92 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
93 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
94 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
95 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
96 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
97 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
98 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
99 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
100 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

AUTORIZAÇÃO

69 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
LIGINEY LINO DE OLIVEIRA
70 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF
580016001835565
71 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
72 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL ASSOCIADO

73 - NOME DO RESPONSÁVEL ASSOCIADO
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 16/02/2020
74 - NOME DO RESPONSÁVEL ASSOCIADO
SAME / ARQUIVO

Dr. João A. S. P.

Paciente vítima de lesão traumática, com
lesão fechada da articulação do ombro direito, com
deformidade funcional e dor.

Dr. João A. S. P.
Ortopedista
CRM 4637

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESMA CONFORME O ORIGINAL
CANE MOSSORÓ

SAME / ARQUIVO

Prontuário: 212198



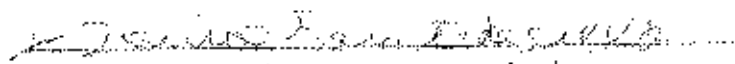
SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE PUBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA** (Fia: 989/2020), CPF:71030130477.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 26 de Fevereiro de 2020.

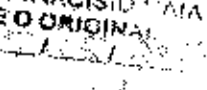


Paciente ou responsável

MÚNICO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA - HRTM
DATA 
Assinatura

CCIH - HRTM
DATA 11/03/2020

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 
SAME / ARQUIVO

05/03/2020

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TUBERCULOSE MAIA
EQUIPEÇÃO E PREVENÇÃO MÉDICA

Source: DANIEL DANILO MED TONG, J DA SHI, A
CLINIC, THURCO, CA. EMAIL: DANILO@CC
DATA & MESSAGE: 2602-120

12 AUG 82
Lettw: 1147

1'001(6.1): 58069

13. DOUTOR EM CIÊNCIAS DA FÍSICA - EMPLEADA - AMPLIACAO DE REALIZACAO DE TRABALHOS DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO DE SOFTWARES

[illegible][illegible]

SITUAÇÃO: 1
 INDICAÇÃO PARA INCLUSÃO NO SP: JFC 7531A - LIE A CANEXADA - A GUARDA MARAÇÃO DA MARGEM
 LA 500A7000 (02/04/2021) PR: 12 C - 10:35:26 - CPU: 9600 - RAM: 256000
 CPU: 000000000000
 AQUARDA ETC CANO DE XAMA - CPU / DESDOR= CPU INFO FIXO DE 82

*** CIRURGIA PROGRAMADA PARA HOJE (7) - INFORME DA ENFERMAGEM.

CL: ORIENTED FILM OF A CIRCULARLY SUSPENDED CRYSTALLINE POLYMER

PAULINE

ACKNOWLEDGMENTS

CONCLUSIUNĂ

TYPE 60155-1, EV DATA 26 F 83

CEPALOTINA 16 - 20 ML ASD - E: 6/6 H

100-443887-1000

TRANAOL - 10M5 - 130M 5-6 - 8 5/8 - 10 1/2 SK

Copyright © 1994 by McGraw-Hill, Inc.

• 00477.00 01/10/11

10-20-54

Dr. Papinichas Carlos L. Noguea
Ortopedista
1944-2017

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE PA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
NAME MOSSORO 12/12/2012
SAME / ARQUIVO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Ronald Roberto Nascimento da Silva Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório:

Indicação terapêutica:

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Dr. Tuburcio Nogueira

1ª Auxiliar: Dr. Guedes

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Roberto Rodolpho

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 (x) Pot. Contaminada, () Contaminada () Infectada
Paciente em posição dorsal - sob anestesia. Incisão vertical
mediana na crista ilíaca direita e 4cm de comprimento.
Abertura da ferida e drenagem com tubo de
drenagem na ferida.
Drenagem da ferida.
Fechamento da ferida com 4 pontos de sutura.
Anestesia local.
Sutura de 4 pontos de sutura.

Ronald Roberto Nascimento da Silva
Ortopedista
CRM 4017

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
CONFORME O ORIGINAL
DO BOLETIM

BASE: ARQUIVO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Renê Gabriel Mendonça de Sousa Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura do maxilar superior, fratura da base da mandíbula

Indicação terapêutica: Redução da fratura - fixação externa
em placa

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: Dr. Tarcísio Nogueira

1ª Auxiliar: Dr. Augusto

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Sebastião Rodolpho

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 (X) Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada
Incisão em linha média - 3 cm - 1 cm
Exatidão da fratura - fratura da base da mandíbula
Exatidão da fratura - fratura da base da mandíbula
Exatidão da fratura - fratura da base da mandíbula
Exatidão da fratura - fratura da base da mandíbula
Exatidão da fratura - fratura da base da mandíbula
Exatidão da fratura - fratura da base da mandíbula
Exatidão da fratura - fratura da base da mandíbula
Exatidão da fratura - fratura da base da mandíbula

Dr. Tarcísio Nogueira
CRM-4017

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
CONFORME O ORIGINAL
S. C. MOSSORÓ 13/11/2011

SAME / ARQUIVO



PREFEITURA MUNICIPAL DE UPANEMA

SECRETARIA DA SAÚDE

ESF _____



RECEITUÁRIO

Ass HPTM:

Paciente, 20 anos, vítima
de acidente com queda, após o
apresentar sintomas de
dor e Exame físico normal
e exames de imagem - por volta
de 2 dias.

Médico(a)

26/02/2020

Dr. Mario Marcos A. da Silva
MÉDICO
CRM 1076

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 14.12.2020

SAME / ARQUIVO



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 1830 /2020

Admissão: 26/01/2020 16:01:38

OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 56591 - JOSE AURELIANO FILHO (64 a 9 m 27 d)

Nascimento: 30/03/1955

Natural: AUGUSTO SEVERO BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700000056934208

CPF: 02039049401

Prof:

Mãe: FRANCISCA EMILIA BEZERRA

Pai: JOSE AURELIANO BEZERRA

Esgadouras: PALHEIRO III, C

CEP: 59670000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: UPANEMA

Telefone: 84 99354474

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

'Empresa'

OBS: UPANEMA - REGULADO COM DIR IGOR

Classificação:

26/01/2020 15:58:26

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: TRAUMA EM MID, APRESENTANDO DOR E EDEMA NO LOCAL

Hora: _____

ANTE VÍTIMA DE Queda de altura: 6m

Quedas no DE @

TP: Dor à palpacao e EDEMA em: 2020

RX: FX FRATILLOCLAVICULAR no MID

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

Foto feita no Tomógrafo

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

SAME / ARQUIVO

*SAIDA: ☒ Decisão médica ☐ Transferido ☐ Evasão ☐ Óbito ☐ Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: 26 / 01 / 20. Hr: _____

Médico:

*Gerado via SX por JUREIDE DE BRITO ALMEIDA impresso em 26 de Janeiro de 2020

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 280
LAHTO ANTONIO - MOSCÓRO/RS - 95611-000
CNPJ: 35.650.324/000150

WILSON ROSADO

Nº A/H

CRISTINA

BOLETIM DE ADMISSÃO

453745 - DANIEL DANILO MENDONÇA DA SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 28/02/1999 - 21 A, 5 D

CPF: 710.801.804-77

RG: 003015518

CNP: 700730948984178

Convênio: SUS

Idade: 203-01

Informar: 701 - AP 203

Bairro: ZONA RURAL

Endereço: FALHEIRAS, Nº 134 - CEP: 59070-000

Cidade: Cód. 2414605 - UPATIM/RS

Profissão:

Especialidade: ORTOPEDIA CIRURGICA

Nome: DANILAO FAUSTO DA SILVA

Mãe: MARIA SUELY MENDONÇA DA SILVA

Naturalidade: PANEMA

Caráter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: DANIEL DANILO MENDONÇA DA SILVA

Procedimento Solicitado: 0403050500-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TIB - 5822 - FRAT DA DIÁFISE DA TIBIA

Diagnóstico Definitivo:

Atendimento:

Médico: 6439 - EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS

Operador:

Validade: 30/12/1899

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

HOSPITAL WILSON ROSADO
Convênio
Com 03 Refeições
Sem Refeições
Acompanhamento

Resultado

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Removido

Feito

Exatidão

Inquirições

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

48 Horas

48 Horas

Outro

Transferido:

História Clínica

Diagnóstico Provável

RESPONSÁVEL

EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS



Paciente: David Danilo Andrade de S.
Idade: 71 Data: 6/8/87
Convênio: 205

Relatório de Cirurgia

- | | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------|------|--|
| 1. Cirujia Principal: | Edsonilson T. da Silva | CRM: | 8187 | COHEN: <input checked="" type="checkbox"/>
COHEN: <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Cirujia Secundaria: | | CRM: | | |
| 3. Cirujiao: | Dr. Guilherme Aguiar | CRM: | 6431 | |
| 1ª Auxiliar: | Dr. Luciano Pacheco | CRM: | | |
| 2ª Auxiliar: | | CRM: | | |
| Enfermeiro(a): | Valdeniza M. S. Oliveira | COHEN: | | |
| 4. Anestesista: | Dr. Eduardo | CRM: | 3000 | |
| 5. Instrumentador: | Dr. Manoel | COHEN: | | |

Wm. A. Miller, Jr. New York, N. Y.

6. Tecido removido: ☒ Não ☐ Sim Especificar: _____
7. Análise Patológica: ☒ Não ☐ Sim
- Local: ☐ Maligno ☐ Benigno Dr. _____
8. Classificação da Cirurgia: ☒ Limpa ☐ Potencialmente contaminada
☐ Contaminada ☐ Infectada
9. Comunicação Intra-operatória: ☒ Não ☐ Sim
10. Programação: ☐ Plástica ☒ Urgência ☐ Emergência
11. Trauma: ☐ Não ☒ Sim Data: 12 / 12 / 2012 Hora: _____
12. Infecção atual em outro Sistema: ☒ Não ☐ Sim Tipo: _____
13. Drenos: ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____
14. Prótese(s): ☒ Não ☐ Sim Tipo: _____
15. Descrição do procedimento cirúrgico no verso

Às 14h30, Oportunidade

Date: 05-05-2014

Find associated local storage

- taxa do tipo do procedimento

0354

Dr. G. J. van der Grinten
 Dr. J. van der Grinten
 Dr. J. van der Grinten

Hora do término do procedimento

19. 2000



FICHA DE ANESTESIA

NOME										DATA	
SERVIÇO		ANESTESISTA			CIRURGIÃO						
IDADE	SEXO	COR	PR. ART.	PULSO	TEMP.	ESTADO FÍSICO			PRÉ-ANESTÉSICO		
						1 2 3 4 5					
DIAGNÓSTICO											

OPERACÃO REALIZADA

INÍCIO	TERMINO	DURAÇÃO	ROTINA	EMERGÊNCIA	EXTRA
--------	---------	---------	--------	------------	-------

[illegible]

HORA		OBSERVAÇÕES
A		
G		
E		
N		
T		
E		
S		
CÓDIGO		
ANESTESIA X	220	
OPERAÇÃO	200	
INTUBAÇÃO X	150	
ENDOTRAQUEAL		
	180	
PRES. SISTOL.	V	
	140	
PRES. DIÁSTOL.	A	
	120	
PULSO.	100	
	80	
RESP. ABST.	-RA	
	60	
RESP. EXPONT.	-RE	
	40	
RESP. CONTR.	-RC	
	20	
	0	
POSICÃO		

TÉCNICA ANEST. GERAL: () INALATÓRIA: () ENDOVENOSA: () BALANCEADA: () SEDAÇÃO: ()
ANEST. REGIONAL: () RAQUIDIANA: () PERIDURAL: () OUTROS: ()

AGENTES EMPREGADOS

ACORDADO	SALA DE RECUPERAÇÃO	CONDIÇÕES	ORBITA
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
PEDRO VELHO, 250 - SANTO ANTONIO
59611-010, MOSSORÓ/RN
CNPJ: 35.650.324/0001-50
TELEFONE: (84) 3318-9000

Pág.: 1/1

ACIENTE: **1226087-DANIEL DANILO MENDONÇA DA SILVA**

IDADE: **21 A, 5 D**

SUS

UF: **CE** NÚMERO: **203-AP 203**

LEITO: **203-01**

ADMISSÃO: **05/03/2020**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

05/03/2020 - 14:23:36

DIETA BRANDA / LEVE

SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML	1,00 FR	IV	06/06H		
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00 AMP	IV	06/06H		
FRAMAL 50MG/ML 2ML	1,00 AMP	IV	08/08H	SE DOR	
CEFALOTINA 1 G	1,00 FA	IV	06/06H		
NAUSEDRON 8 MG / 4 ML	1,00 AMP	IV	06/06H	SE NAUSEA OU VÔMITO	

SSVV+CEGG

CUIDADOS GERAIS

SONDA VESICAL DE ALÍVIO SE RETENÇÃO URINÁRIA

Dr. Guilherme Garcia Rigolin
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 8287 / TECT 13541

8187 - GUILHERME GARCIA RIGOLIN

#FRATURA TIBIA.

1.	DIETA LIVRE	
2.	SF 0,9% 500ML EV DE 12/12H	
3.	DIPIORNA 1G + ABD EV DE 6/6H	08/24/2020
4.	TILATIL 40MG + 100ML SF 0,9% EV, 1X/DIA (suspensão)	08/24/2020
5.	TRAMAL 50MG + 100ML SF 0,9% EV DE 8/8H, SE DOR	08/24/2020
6.	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H	08/24/2020
7.	CURATIVO DIÁRIO	
8.	SSSVV - CCGG	
09.	ALTA HOSPITALAR	
10.		
11.		
12.		
13.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente evolui em BEG, sem queixas.

FO em bom aspecto, neurovascular sem alteração.

Conduta: ALTA HOSPITALAR

Dr. Rafael Rêgo L. Soares
Ortopedista
CRM 15.620



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Diavel Danilo M. da Silva Idade: 21 Registro: 553445
Setor: C.C. Médico: Dr. Eduardo Enferm./Leitor: CC

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
05/08/20	05:30	Pac. admitido neste setor após avaliação física e laboratorial. Paciente em observação no Hospital Regional Francisco M. Teixeira, apresentando dor abdominal no quadrante superior direito, com náuseas e vômitos. Realizando RVP com MTD Jéssica R., e acompanhamento de PA 95/65 mmHg, frequência cardíaca 70 bpm, saturação de O ₂ 98% e diurese 100 ml.	
05/08/20	13:00	Pac. referiu dor abdominal no quadrante superior direito, com náuseas e vômitos. Realizando RVP com MTD Jéssica R., e acompanhamento de PA 95/65 mmHg, frequência cardíaca 70 bpm, saturação de O ₂ 98% e diurese 100 ml.	
05/08/20	13:30	Pac. referiu dor abdominal no quadrante superior direito, com náuseas e vômitos. Realizando RVP com MTD Jéssica R., e acompanhamento de PA 95/65 mmHg, frequência cardíaca 70 bpm, saturação de O ₂ 98% e diurese 100 ml.	
05/08/20	13:45	Pac. referiu dor abdominal no quadrante superior direito, com náuseas e vômitos. Realizando RVP com MTD Jéssica R., e acompanhamento de PA 95/65 mmHg, frequência cardíaca 70 bpm, saturação de O ₂ 98% e diurese 100 ml.	
05/08/20	14:30	Pac. referiu dor abdominal no quadrante superior direito, com náuseas e vômitos. Realizando RVP com MTD Jéssica R., e acompanhamento de PA 95/65 mmHg, frequência cardíaca 70 bpm, saturação de O ₂ 98% e diurese 100 ml.	
05/08/20	15:00	Pac. referiu dor abdominal no quadrante superior direito, com náuseas e vômitos. Realizando RVP com MTD Jéssica R., e acompanhamento de PA 95/65 mmHg, frequência cardíaca 70 bpm, saturação de O ₂ 98% e diurese 100 ml.	
05/08/20	15:15	Pac. referiu dor abdominal no quadrante superior direito, com náuseas e vômitos. Realizando RVP com MTD Jéssica R., e acompanhamento de PA 95/65 mmHg, frequência cardíaca 70 bpm, saturação de O ₂ 98% e diurese 100 ml.	



HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel.: (84) 3318-9000

Page 1 of 1

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1226087 - DANIEL DANILLO MENDONÇA DA SILVA

Data da Internação: 05/03/2020 - 08:47:00

Sexo: M

Idade: 21 A,5 D

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 203-01

05/03/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

20:00:00	RECEBEVOS PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA RESPIRANDO O2 AMBIENTE, ACEITA DIFTA POR VO. COM ANP E V.MSD, MANTENDO HY, NO MOMENTO: EUPNEICO, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, AFEBRE, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, DIURESE AUSENTE APÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, COM CURATIVO MIE (T.BIA) LIMPO E SECO, SEQUE EM REPOUSO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. ADMINISTRADO CEFALOTINA 1g - ABD EV; DIPIRONA 500mg/Mg 2 Mg + ABD EV; CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA:120/70 TAX: 36,40% F.C.:53 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 92 FI O ₂ : 0 Ventilação: Deúbito:	JOSEANE SALVIANO BAIISTA	JOSEANE SALVIANO BAIISTA Téc. Enfermagem COREN RN 627553
22:00:00	EDUCAÇÃO 14 LITRAS 50,95 EV; CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Deúbito:	JOSEANE SALVIANO BAIISTA	JOSEANE SALVIANO BAIISTA Téc. Enfermagem COREN RN 627553





CARDIO DIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 200
SANTO ANTONIO - MOSCOSO/PA - 66011-010
CNPJ: 05.050.374/0001-50
Tel: (84) 3318-5700

Página 1 of 1

1226087 - DANIEL DANILO MENDONÇA DA SILVA

Data de internação: 05/03/2020 - 08:47:00 Sexo: M Idade: 21 A, 5 D
Convenio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 203-01

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

06/03/2020		Anotação	Técnico(a)	Assinatura
08:30:00	RECEBER PACIENTE SEXO MASCULINO POS DE FRATURA DA DIAFISE DA VEIA, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA SUAS NECESSIDADES, NEGA HAS E DIA, ACESSO VENOSO PERIFÉRICO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO VENOSA + TERAPIA MEDICAMENTOSA, ACEITA DIETA BRANDA/LEVE CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, CURATIVO TEMPO EM F.O. DILUIÇÕES PRESENTES E EVACUAÇÕES AUSENTES, AO EXAME: NORMOTENSO, AFEBRIL, NORMOCÁRICO, EUPNEICO EM O2 AMBIENTE, SEM QUEIXAS, FICA AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO. ADMINISTRADO 1 AMP DE DIFERONA 500 mg/M. 2 M. + ABD. IV, 1 FA DE CEFALOTINA 1g + ABD. IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: 130x70 TAX: 36,60° F.C: 87 F.R.: 21 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 97 Fl O2: 0 Ventilação: Decúbito:	ALINE DAVANNE LOPES DE ALMEIDA HOLANDA	 ALINE D. LOPES, RUA - JARDIM 200, ENFERMAGEM LORLEN Rm 2102888	
10:00:00	ADMINISTRADO 1 ETAPA DE SF 0,9% 500 ML, IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00° F.C: 80 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 Fl O2: 0 Ventilação: Decúbito:	ALINE DAVANNE LOPES DE ALMEIDA HOLANDA	 ALINE D. LOPES, RUA - JARDIM 200, ENFERMAGEM LORLEN Rm 2102888	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETROIM - RN Nº 4215460726
41.020.720/1979 0000

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

1	724514397	XXXXXXXX
NOME/USUÁRIO		
FRANCISCO ALVES DE FREITAS RUA SILVA JARDIM. 735 RUA VISTA 55400-000 MESSEJO/RN		
068.610.724-53	1001	MINA 239
NOME MIUNIOR		PLACA
MOLESTE, MOLTES, PECAS E ACES		
PLACA ANTIGA	CHASSI	
XXXXXX/XX	(NUMERAL) 702002500V0049960	
PASS/MOTOCICLETA		COMBUSTIVEL
VANTAG/MOTOCICLO		GRABELINA
QUADRA/00.128.11JAK	DATA/0000	ANO/0000
0200/0128	01/00	1979 2000
CATEGORIA		CON PREDOMINANTE
0200/0128		2211
OBSERVAÇÕES		
ALICEN FIDUCIARIA EM FAVOR DE: 45.441.789/0300-56		
CATEGORIA FISCAL: 0000		
RASCORIO/RN		
10/10/1979		

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE VEÍCULO

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO PARA:

NOME

CPF/COD

ENDEREÇO

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO COMPRADOR

ASSINATURA DO VENDEDOR

DECLARAÇÃO DE QUE O VEÍCULO NÃO É SUJEITO ÀS DISPOSIÇÕES DO ART. 100 DO CRIMINAL, E QUE O VENDEDOR NÃO É RESPONSÁVEL POR QUALQUER DANO MATERIAIS OU DE OUTRA NATUREZA, QUE O COMPRADOR, POR SUA CONTA E RISCO, ASSUMIRÁ A PARTIR DA DATA ACIMA, DANDO-LHE A DEVIDA TRANSFERÊNCIA DE REGISTRO DO VEÍCULO PARA O SEU NOME. A TRANSFERÊNCIA DE REGISTRO PODE SER LOCOMUTADA PELO VENDEDOR, MANUTENDO COM A DESTE DOCUMENTO AO AGENTE DE VIDEAMENTE PREENCHENDO O FORMULÁRIO.

COMO COMPROVANTE DO REGISTRO DESTE VEÍCULO

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTERUA MERMOS, 150, BALDO
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 231 0142

-Ouvidoria 0800 034 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte-

ARSEP 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

DAMIAO FAUSTO DA SILVA

DATA DE VENCIMENTO

20/04/2020

DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL

13/04/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

13/04/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

040435856

CONTA CONTRATO

0700848019

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

ENDEREÇO

SI PALHEIROS 134 -ZONA RURAL/AREA
RURAL -59670-000 UPANEMA RN -

TOTAL A PAGAR

R\$ 5,40

PERÍODO CONSUMO

12/03/2020 a 13/04/2020

CONSUMO

0

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

0700848019

MÊS/ANO

04/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 5,40

VENCIMENTO

20/04/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

838000000009 054000384002 700848019207 014800550536



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Daniel Danilo Mendonça da Silva, brasileiro(a),
estado civil: solteiro, Profissão: Agricultor, Data do Acidente: 26/02/20
Cobertura Envelhecimento, portador(a) do RG 003.618.518, órgão expedidor
SSPRN e do CPF: 710.301.304-77, residente no(a)
SI Polheiros, nº 134,
bairro: Zona Rural, município: Upanema, RN.

OUTORGADO:

Nome: Damião Fauto da Silva, brasileiro(a),
estado civil: solteiro, Profissão: Agricultor, portador(a) do RG
001.628.395, órgão expedidor: SSPRN e do CPF: 025.652.914-00, residente
no(a) SI Polheiros, nº 134,
bairro: Zona Rural, município: Upanema, RN.

PODERES: 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 e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, 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.



Upanema, RN 26/05/20
Local e Data

Daniel Danilo Mendonça da Silva

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Serviço Único Notarial e Registral
Avenida Antonio Vitorino, 99, Centro, CEP nº 59870-000
(84) 3225-0240

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s)
de:

DANIEL DANILO MENDONÇA DA SILVA

Selo Digital: RN202000964710001844APH

Confira a autenticidade em <http://selo.digital.rra.jus.br/selo>
Upanema/RN, 26 de Maio de 2020, 9:22

Edda Marcella Nobre da Silva
Secretaria Autorizada



Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200206410

Vítima: DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA

Data do Acidente: 26/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DAMIAO FAUSTO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200206410

Vítima: DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA

Data do Acidente: 26/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DAMIAO FAUSTO DA SILVA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200206410

Vítima: DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA

Data do Acidente: 26/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DAMIAO FAUSTO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.712,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA

Valor: R\$ 3.712,50

Banco: 001

Agência: 000001021-9

Conta: 0000024499-6

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha (máx) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MONTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF do vítima: 410.301.304-74 4 - Nome completo da vítima: Donat Donato Mendonça da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - ORÇULAN SUSPEP Nº 045/2012

5 - Nome completo: Donat Donato Mendonça da Silva 6 - CPF: 410.301.304-74
7 - Profissão: Desenvolvedor 8 - Endereço: 51 Pólo, 100 9 - Número: 134 10 - Complemento: 1050
11 - Bairro: Zone Rural 12 - Cidade: Upanema 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59670-000
15 - E-mail: Não Possui 16 - Tel (DDD): (84) 3384.0066

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMANT ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assine em verso)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 1021 CONTA: 24.499
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autoriza a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.196/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência ou;
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias; ou;
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MONTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) (vivo(s))? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Ficou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 249 do Código Penal.

34 - ☐ Representante legal ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Testemunha
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Upanema RN 06/07/2010

Donat Donato Mendonça da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SISBR - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
27/05/2020 autoatendimento 18:04:00
836670852 0023

TRANSFERÊNCIA ENTRE CONTAS CORRENTES

DEBENTE: ~~XXXXXXXXXX~~ CONTA: ~~XXXXXXXXXX~~
AGENCIA: ~~XXXXXXXXXX~~

EMBOECIDO: 24.199,6
AGENCIA: 1021-0
CLIENTE: DANIEL G. MENDONÇA SILVA
VALOR: 24.199,6
14 AGENDADA: 27/05/2020

Leia no var o como conservar este documento,
entre outras informações.

DECLARAÇÃO

Eu Daniel Danilo Mendonça da Silva RG 003 618 518
e CPF 710.301.204-77 declaro para os devidos fins que
estive no banco Banco para regularizar minha Conta
Corrente número 24.133-6 da agência
1001-9 para poder receber o benefício da indenização do
Seguro DPVAT solicitado.

Mossoró RN 06/04/20

Cidade, Data

x Daniel Danilo Mendonça da Silva
Assinatura do titular da conta bancária



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura:

☐ DADOS (GASTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do documento ASL:

3 - CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

410 301 304-44 Daniel Danilo Mendonça da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPP Nº 445/2011

5 - Nome completo:

Daniel Danilo Mendonça da Silva

6 - CPF:

410 301 304-44

7 - Endereço:

Aguiar

8 - Endereço:

31 Palmeiras

9 - Bairro:

134

10 - Complemento:

1050

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Uporema

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59670-000

15 - E-mail:

Woo Pettau

16 - Tel. (DDD):

(84) 99824 0066

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (AREXAT cópia):

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA COBERTURA:

☒ RECEBIMENTO DE RENDAS

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR OU CURADOR)

☐ CONTA POUPEANCA (Somente para os bancos Banco do Brasil, Caixa e Banco do Nordeste)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (344)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (100)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

1021

09

CONTA:

24499

06

Autorizo a Seguradora LIDER a utilizar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a qual eu tenho direito, não cobrando o depósito, desde que o comprovante de depósito e a quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DE IMIL - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que não sou impedido(a) de apresentar o laudo de Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, Lei nº 1.154/74, uma vez que:

- Não há IMIL que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMIL que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMIL que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada com a apresentação do laudo do IMIL, concordando, desde já, em não submeter à análise médica presencial, caso necessário, as conclusões do Segurador a partir da verificação da existência e da quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 1.154/74.

Declaro que esta autorização não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica caso discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tiver filhos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou herdeiros (sem filhos vivos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tiver irmãos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso aprovada, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquela pessoa física que eu apresentar e provar esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer anulação ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a petição (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a petição (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a petição (a rgo)

38 - 39 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

39 - 40 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

41 - Local e data:

Uporema RN 28/05/20

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP6.001 V002/2014

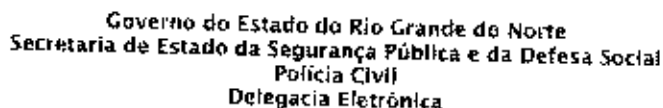
SISB00 SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/05/2020 Atendimento 18:04:00
836070852 0023

TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS CORRENTES

CLIENTE: ~~WESLEY SOUZA DE OLIVEIRA~~
AGENCIA: ~~0000~~ CONTINUA

FABRISIO
AGENCIA: 1021-9
CLIENTE: DANIEL O MENDONÇA SILVA
VALOR: 24.499,8
DATA AGENDADA: 27/05/2020

Leia no verso como conservar este documento
entre outras informações



Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva. A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pelo Internet Inquiridor de acordo com o procedimento de consulta de registro da Ocorrência da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.dafes.mg.gov.br>.

1.2 Data de Expedição: 20/02/2020 09:30:40

2.8 Outage: U²ANFMA

3.10 CEP 59570210

4.1.1 O DECI ARAN?I É A PRÓPRIA V.2153

(NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

EU VINHA DE MUITO DO TRABALHO SENTINDO DE CASA QUANDO COLIDIR DE FRENTE COM UM CAMRÃO. O MESMO SE EVALIO DO LOCAL DO ACIDENTE, E EU FUI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO PARA O HOSPITAL DAS PROXIMIDADES E DEPOIS ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE MOSSOROÇO.

Data: 2/25/2020 10:03:59

FUI ORIENTADO A PROCURAR A DELEGACIA DO LOCAL DO FATO PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS. DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE UPIANEMA - RN, OU A 2ª DRP DE MOSSORÓ-RN.

Impresso por WEB em 27/05/2020 11:55:28

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA