
Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200200551

Vítima: DANIEL ROBERTO DOS SANTOS JUNIOR

Data do Acidente: 26/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL ROBERTO DOS SANTOS JUNIOR

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: 3200200551

Vítima: DANIEL ROBERTO DOS SANTOS JUNIOR

Data do Acidente: 26/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL ROBERTO DOS SANTOS JUNIOR

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: DANIEL ROBERTO DOS SANTOS JUNIOR

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001469-9

Conta: 0000032335-7

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 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 (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Agência: 1469 9 CONTA: 32.335 7

Autorizo 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 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML 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 sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica provincial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado(a) ☐ Divorçado(a) ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 23 - Estado civil do representante legal: ☐ Solteiro ☐ Casado(a) ☐ Divorçado(a) ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

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 (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 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: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

13/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:03:40
003600036 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: VITORIA K LEAL NORONHA

AGENCIA: 0036-1 CONTA: 101.872-8

DATA DA TRANSFERENCIA 13/05/2020

NR. DOCUMENTO 601.469.000.032.335

***** TRANSFERIDO PARA: /

CLIENTE: DANIEL ROBERTO SANTOS JR

AGENCIA: 1469-9 CONTA: 32.335-7

NR. DOCUMENTO 600.036.000.101.872

NR. AUTENTICACAO C.315.E76.71A.F61.A9E



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª Delegacia Regional de Polícia - Mossoró
DELEGACIA MUNICIPAL DE TIBAU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 211/2019

NATUREZA POLICIAL: COMUNICAÇÃO DE FATO, ACIDENTE DE TRÂNSITO.

LOCAL: Localidade de Grado Bravo, Zona Rural de Tibau-RN.

DATA DO FATO: 26/11/2019. HORA: 05:h20min.

COMUNICANTE: DANIEL ROBERTO DOS DANTOS JÚNIOR, brasileiro, solteiro, motorista, RG nº 003030422 SSP/RN e CPF nº 102.411.574-71, natural de Mossoró/RN, nascido aos 18/03/1991, filho de Daniel Roberto dos Santos e de Auzirene Silva Rodrigues Santos, residente na Rua Maria de Lourdes da Conceição, 18, Centro, Tibau RN. Fone: 84- 9 8109-7111

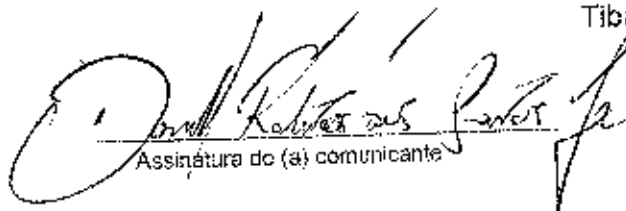
VÍTIMA: O COMUNICANTE.

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: Informa o Comunicante que no dia e hora acima referidos trafegava na Zona Rural desta Urbe, em sua Motocicleta, qual seja: HONDA XRE 190, A QUAL SE ENCONTRA EM NOME DE SUA TIA, AURINEIDE RODRIGUES DA SILVA SANTOS, DE COR VERMELHA, ANO 2016, DE PLACA QGP3651, RENAVAM Nº 01110771107; QUE vinha de Grossos para Tibau, quando repentinamente uma vaca atravessou a estrada e o Comunicante colidiu na vaca e sofreu um acidente automobilístico; QUE a colisão foi na parte traseira da vaca; QUE ainda conseguiu se levantar e ficar as margens da estrada, momento em que se aproximaram duas pessoas e acionaram a ambulância do Município de Tibau - RN; QUE como resultado do acidente, teve algumas escoriações e fraturou a clavícula; QUE foi socorrido pela ambulância da Cidade de Tibau, conforme prontuário de atendimento apresentado nesta delegacia de Polícia; QUE ao chegar no SOS de Tibau, foi atendido pelo médico plantonista e foi encaminhado ao Hospital Regional Tarcísio Maia na cidade de Mossoró-RN. Nada mais disse.

OBSERVAÇÃO: As informações prestadas são de inteira responsabilidade do comunicante. O PRESENTE B.O SERÁ UTILIZADO PARA RECEBIMENTO DO SEGURO DPVAT.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Entrega da via ao comunicante e encaminhamento da cópia ao setor de investigação.

Tibau/RN, 02 de Dezembro de 2019 às 09:50.


Assinatura do (a) comunicante


Marcos Aurélio de Oliveira- APC
Mat. 207.198-3

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 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 (ANEXAR CÓPIA).

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 1459 9 CONTA: 32.335 7

Autorizo 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 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML 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 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 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil da vítima: ☐ Casado(a) ☐ Casado(a) com Obitando ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) judicialmente ☐ Viúvo ☐ Solteiro(a)

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) (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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 299 do Código Penal.

34 - Impresbido digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 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: 29/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 15/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL ROBERTO DOS SANTOS JUNIOR

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01469-9

CONTA: 000000032335-7

Nr. da Autenticação 4DC8A1FFDCC69239



Terceira Sociedade de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.433, de 24/04/02
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
R. da Matriz, 160, Bordo, RJ/PA - RJ/PA CEP 59025-000
CNPJ 08.324.586/0001-81 | Insc. Est. 2025198-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

DAMILIANA ANA DA SILVA

CPF: 225 245 808-51

CLASSIFICAÇÃO

51 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DO CLIENTE CONSUMIDOR

RUA MARIA DE LOURDES DA CONCEIÇÃO
18

CENTRO/ÁREA URBANA
TIBAU RN
58678-000

02087105	UNICA	04/09/2018
04087100	901012044	2118515

7001638592 09/2018
11/09/2018 04/10/2018
TOTAL 484,77

Consumo Atual (kWh)
Adesão Bandeira VERMELHA
Multa por atraso NF 026555294 - 04087116
Juros por atraso NF 026555294 - 04087113
Autoatuação KPMF 026555294 - 04087119

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
54.000000	0,7472772	40,38
		34,50
		3,11
		3,17
		1,56

TOTAL DA FATURA

INDICADOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Letura	Letura	Constante	Letura	Consumo (kWh)
214081580	CA1	05/02/2018	14 235,00	24/09/2018	10 410,00	30	1,0000	534,20

Ministério PNB



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Sávio Filho, 1556, Tirol, CEP 09015-000
CNPJ: 08.554.885/0001-35 / INSC. Estadual: 20039.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO
RUA: ...
Nº: ...
CEP: ...
315
115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRESSO EM 13/05/2020 ÀS 16:57:52

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA:	MÊS/ANO																		
		8870284	05/2020																		
CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA RUA CUSTÓDIO DANTAS DA SILVA, N. 367 - APTO 804-B - SANTO ANTONIO MOSSORO RN 59619-045																					
INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS																		
305.032.139.0246.948	12	1301	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PORECO																		
1																					
HIIDROMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO																			
A32F467574	LIGADO	LIGADO																			
CONSUMO ÁGUA (M3): 13		DATA LEITURA: 13/05/2020																			
CONSUMO RATEIO ÁGUA (M3): 1		LEIT. ATUAL: 796																			
		LEIT. ANT.: 784																			
		DIAS CONSUMO: 30																			
HISTÓRICO DE CONSUMO																					
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO																		
04/2020	15	02/2020	11																		
03/2020	11	01/2020	10																		
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO																		
12/2019	12	11/2019	16																		
MÉDIA		9																			
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)																		
ÁGUA																					
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		10 M3	43,77																		
ATE 10 M3 - 43,77 POR UNIDADE		3 M3	14,64																		
11 M3 A 15 M3 - R\$ 4,88 POR M3																					
ESGOTO			40,89																		
70.0% DO VALOR DE ÁGUA																					
TRIBUTOS		BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)																		
PIS		99,30	1,65																		
COFINS		99,30	7,55																		
TOTAL			99,30																		
PAGAMENTO		20/05/2020																			
INFORMO QUE JÁ ESTÁ DISPONIBILIZADO O RELATÓRIO ANUAL DE QUALIDADE DE ÁGUA 2020, REFERENTE A 2019, NO SITE DA CAERN/AGÊNCIA VIRTUAL/QUALIDADE DE ÁGUA.																					
<table border="1"> <tr> <td>Parâmetros</td> <td>Turbidez</td> <td>PH</td> <td>Colif. Totais</td> <td>Cloro Residual L/m</td> <td>Wetness (m/m)</td> </tr> <tr> <td>Valores</td> <td>≤ 5,0 uT</td> <td>6,0 a 8,5</td> <td>% de Ausência</td> <td>0,2 a 2,0 mg/L</td> <td>≤ 10,0 mm/L</td> </tr> <tr> <td>Valores Obtidos</td> <td>1,05</td> <td>7,8</td> <td>100,0 %</td> <td>1,0</td> <td>--</td> </tr> </table>				Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual L/m	Wetness (m/m)	Valores	≤ 5,0 uT	6,0 a 8,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mm/L	Valores Obtidos	1,05	7,8	100,0 %	1,0	--
Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual L/m	Wetness (m/m)																
Valores	≤ 5,0 uT	6,0 a 8,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mm/L																
Valores Obtidos	1,05	7,8	100,0 %	1,0	--																

8265000000 3 99300000305 3 00887028401 8 05202050003 0



caern
COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE

COMPROVANTE DA CAERN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200200551 **Cidade:** Tibau **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL ROBERTO DOS SANTOS JUNIOR **Data do acidente:** 26/11/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-1-5-6-7-8-14

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

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 MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECADIVER/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAP.

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Caio Cesar Albuquerque Peiva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 013.986.644 / 21, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Daniel Roberto dos Santos Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 102.411.574 / 71

do sinistro de DPVAT cobertura envolvido da vítima Daniel Roberto dos Santos Junior

inscrito (a) no CPF sob o Nº 102.411.574 / 71, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Custódia Dantas do Silva</u>	Número: <u>804</u>	Complemento: <u>Apto</u>
Bairro: <u>Santo Antonio</u>	Cidade: <u>Mossoró</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>Recuso</u>	CEP: <u>59619-045</u>	Tel. (DDD): <u>1841 9953 8108</u>

Local e Data:

Mossoró 29/05/2020

Caio Cesar A. de Peiva

Assinatura do Declarante



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO DE USUÁRIO(S)

N.º CARTÃO SUS: 20-003030422		TENDIMENTO Nº	
NOME: Daniel Roberto dos Santos Junior		IDADE: 20 ANOS MES: 01 DIA: 01	
SEXO: M		RACIA: PIAUI	
ENDEREÇO (RU/AL):		PROFISSÃO: INGENHEIRO	
CIDADE: Grosses		ESTADO: RN	
COMPANHANTE: 0		DATA: 26.11.19	
MOTIVO DA PROCURA: Acidente de moto		HORA: 06:05	

QUEIXAS:		PERÍODO:	
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: () PAS () DP OUTROS:			
ANTECEDENTES ALÉRGICOS:			
DADOS VITAIS/DADOS GERAIS: Peso: 73 kg Temperatura: 36,5 °C PA: 140/100 mmHg			
F. 16 RPM S. 92 bpm P.O. 173 mmHg ESF. 15 cm			
N.º DE EXAMES: () Sangue () Urina () Líquido () Urgência Leve () Alta Urgência			
DI. HISTÓRICO:			

ANAMNESE (MÉDICO)

Paciente chegou ao pronto-socorro por acidente de trânsito. Relata queda de moto. Não TCE, ulcero em uso de capacete. Chocou com a roda traseira.

EXAME FÍSICO (MÉDICO)

A - Bo arito pítua (falando)
B - Dispneia urgente no momento, supnóico AD. MV+ um ART
C - Muc. h. med. normoventilada, PA 140/100 mmHg
D - Sinais B
E - Ausência de deformidade. Boa mobilização de m. D
ECG, rotivo, normoventilado, normoventilado, normal de

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (MÉDICO)

LACOPATÓRIO: () HC () SAS OUTROS:

1 - RADIOLOGIA (ESPINTECA)

2 - SGO OUTROS:

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):

NOTIFICAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

OPORTUNIDADE: () Medicação-Alta () Medicação-Observação () Orientação

PLANEJAMENTO PARA:

() Hospital de Referência () PS-UBS () CAPS

MÉDICO: (Carimbo e Assinatura)

Mafina Alves
Médica
CRM-RN 18188

[illegible]



Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

#HR TM

Encaminhado ao paciente Daniel Roberto dos Santos Júnior, 28 anos, por histórico de trauma (acidente de moto) há 40 min. Paciente chegou em estado de morte clínica imediata e foi levado ao hospital com o diagnóstico de parada cardíaca. Após 10 min de reanimação, o paciente foi declarado morto.

PA: 140x100 mmHg FC: 116 bpm
SpO₂ 97% A-A +P: 16 bpm AGT: 143

VERSO →

Tibau-RN, 26 de 11 de 2011

AO RETORNAR TRAGA A RECEITA ORIGINAL
Márcia Alves
CRM RN 10188

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
A CONFORME O ORIGINAL

02/09/2011 11:11:20

BINO

SANEI ARQUIVO

A- via aérea permeável - bilando
B- supondo espontaneamente
cúprico

AR: NVA um AHT. SPA.

C- udável humedecido momentaneamente

PA: 140x100 FC 116 bpm

AC: BNF, PCR um 2T. SIS.

D- gaseoso 15

E- ausência de deformidades, dor à mobilização de m s @.

Márcia Alves
CRM RN 10188

Paciente agitado por Dor!
Osteopático

Medicação feita:

Diprônio 500 mg/ml, 1 km n
em 06:40.

SPH: 500 ml, 6V.

Acho perfuro com um s @.



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vitima de acidente de moto com fratura de ombro direito com dor e limitação de ADM.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessita tratamento cirúrgico.

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

Prontuário e exame físico + exames de imagem

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de Ombro Proximal

S42.2

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01408101201334

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Leandro M. C. Pires
CRM 149 / SMT 1006

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CBO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. EMISSÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
 DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

 Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 2

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vítima de acidente de moto com fratura
 de ombro direito com dor e limitação
 de ADM.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessite tratamento cirúrgico.

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

Prontidão e edema físico + exames de imagem

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de Ombro Direito

S42.2

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Leandro M. G. Faria

CRM 12345 / RBE 1234

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - CNPJ EMPRESA

41 - Nº DO FILHETE

42 - SÉRIE

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBOE

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - CDD. EMISSÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
SESAP - Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia

NOME:

Deniel Roberto dos Santos Junior

ENCAMINHAMENTO MÉDICO AMBULATORIAL

ENCAMINHO PARA ASSISTÊNCIA MÉDICA EM AMBULATÓRIO DE TRAUMA ORTOPÉDICO

LOCAL: AMBULATÓRIO DO SUS

AGENDAMENTO:

- SOB A RESPONSABILIDADE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

> Dr. Ivan / RN

MÉDICO ASSISTENTE:

ORTOPEDISTA

DIAGNÓSTICO(S):

Fratura de Ulna
proximal

AGENDAR A REVISÃO PARA:

2 semanas SEMANA(S)

CONDUTA PROGRAMADA PARA REVISÃO INICIAL:

RETIRAR A IMOBILIZAÇÃO: Não

RADIOGRAFIAS DE CONTROLE: Sim

Rx de antebraço e ra

do punho e parte distal do braço

OBSERVAÇÕES:

1. LEVAR TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS E EXAMES REALIZADOS.
2. AGENDAR A REVISÃO PARA O MÉDICO ASSISTENTE OU SUBSTITUTO.
3. REVISÃO DOS CASOS CIRÚRGICOS REALIZADOS.
4. REVISÃO DOS TRATAMENTOS CONSERVADORES.

Dr. Leonardo M. C. F. Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM RN 34897/6001-42038

Rua Projetada, S/N - Aeroporto I CEP 59607-100
Mossoró - RN, Brasil Tel: (84) 3315-3368

[illegible]

Governo do Estado do Rio Grande do Norte
SESAP - Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Regional Tarciso de Vasconcelos Maia

NOME:

Deniel Roberto dos Santos Junior

ENCAMINHAMENTO MÉDICO AMBULATORIAL

ENCAMINHAMENTO PARA ASSISTÊNCIA MÉDICA EM AMBULATÓRIO DE TRAUMA ORTOPÉDICO

LOCAL: AMBULATÓRIO DO SUS

AGENDAMENTO:

• SOB A RESPONSABILIDADE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

MÉDICO ASSISTENTE:

ORTOPEDISTA

DIAGNÓSTICO(S):

Fratura da Ulna

AGENDAR A REVISÃO PARA:

2 SEMANA(S)

CONDUTA PROGRAMADA PARA REVISÃO INICIAL:

RETIRAR A IMOBILIZAÇÃO: NÃO

RADIOGRAFIAS DE CONTROLE: SIM

OBSERVAÇÕES:

1. LEVAR TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS E EXAMES REALIZADOS
2. AGENDAR A REVISÃO PARA O MÉDICO ASSISTENTE OU SUBSTITUTO.
3. REVISÃO DOS CASOS CIRÚRGICOS REALIZADOS.
4. REVISÃO DOS TRATAMENTOS CONSERVADORES.

Rua Projetada, S/N - Aeroporto I CEP 59607-100
Mossoró - RN Brasil Tel: (84) 3315-3368

Dr. Leandro de C. Costa
Especialista em Traumatologia
CRM 104.728/2007 - 33069

DR RAPHAEL MACHADO



INSTITUTO DE ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA DE MOSSORÓ

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6320

RECEITUÁRIO

DATA DE EMISSÃO: 20/01/2020

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

PACIENTE: DANIEL ROBERTO DOS SANTOS JUNIOR

NASCIMENTO: 18/03/1991 - IDADE: 28A11M7D

ENDEREÇO: RUA: MARIA DE LOURDES DA CONCEIÇÃO 18 - TIBAU / RN

RX OMBRO DIREITO EM AP.

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

INSTITUTO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DE MOSSORÓ S/S / CNPJ:

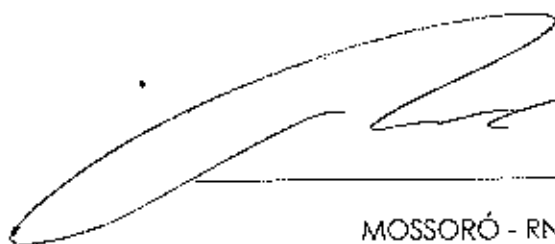
Telefone 1 : (84)9700-5408 / Telefone 2 : (84)4109-0208 / e-mail :

Endereço : DUODECIMO ROSADO , NOVA BETANIA , 59607-020 , Cidade : MOSSORÓ RN

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE
Daniela Dantas dos Santos Junior FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO
Quimico, NECESSITANDO DE 322 - (Santo a viver)
1 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS.

CID: 542.2



Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

MOSSORÓ - RN, 22 / 11 / 19

RISCO CIRÚRGICO

NOME:

Daniel Roberto dos Santos Junior

SEXO:

M.

PROFISSÃO:

IDADE:

280

1. CIRURGIA PROPOSTA

- FRATURA ombro direito

2. ANTECEDENTES



AVC



ALERGIA E DROGAS



DIABETES MELLITUS



DOENÇAS CORONÁRIAS



DOENÇA PULMONAR



FUMO



HIPERTENSÃO ARTERIAL



INSUFICIÊNCIA CARDÍACA



OPERAÇÃO PRÉVIA

- FRATURA



OUTROS

3. INTERROGATÓRIOS SINTOMATOLÓGICOS

- Sem queixas

4. EXAME FÍSICO

*- Neu = Normal
PA = normal*

5. ELETROCARDIOGRAMA

- Normal

6. OUTROS EXAMES

7. CONCLUSÃO

PROCEDER COM A CIRURGIA PROPOSTA

*(Machado e ao
cardiologista)*

8. OBSERVAÇÕES

10/11/2019

Dr. Gustavo Rocha

CRM 60073-RN

Cardiologista/Clinico Geral

*Gustavo Rocha
Cardiologista/Clinico Geral
CRM 60073-RN*



certificado
ISO 14001

Rua Melo Franco, nº 59, centro Mossoró/RN | Cep: 59.600-165 - (84) 3316.4300
comercial@gplena.com.br
www.gplena.com.br



RISCO CIRÚRGICO

NOME:

Daniel Roberto dos Santos Junior

SEXO:

M

PROFISSÃO:

IDADE:

280

1. CIRURGIA PROPOSTA

- FRATURA ombro direito

2. ANTECEDENTES

☐

AVC

☐

ALERGIA E DROGAS

☐

DIABETES MELLITUS

☐

DOENÇAS CORONÁRIAS

☐

DOENÇA PULMONAR

☐

FUMO

☐

HIPERTENSÃO ARTERIAL

☐

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

☒

OPERAÇÃO PRÉVIA

= FRATURA

☐

OUTROS

3. INTERROGATÓRIOS SINTOMATOLÓGICOS

- Sem fôlego

4. EXAME FÍSICO

*- Pulso Normal
PA = 120/80 mmHg*

5. ELETROCARDIOGRAMA

- Normal

6. OUTROS EXAMES

7. CONCLUSÃO

PROCEDER COM A CIRURGIA PROPOSTA

*(Móvel e ao
condição)*

8. OBSERVAÇÕES

10/11/2019

Dr. Gustavo

CRM 6007 - RN

Cardiologista/Clinico Geral

*Gustavo Maciel
Cardiologista/Clinico Geral
CRM 6007 - RN*



certificado
ISO 14001

Rua Melo Franco, nº 59, centro Mossoró/RN | Cep: 59.600-165 - (84) 3316.4300

comercial@gplena.com.br

www.gplena.com.br



MISTO
Prodotto e parte
da foresta responsabile



INSTITUTO DE ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA DE MOSSORÓ

RECEITUÁRIO

4. Jansen R. S. Junior.

5.

6. Petruso de Gama + Albo Cirurgião.

7. R. J. J. J. J.

08/12/13

www.iotmossoro.com.br
(84) 4109-0208 / 99700-5408

Rua Duodécimo Rosado, 1430, Nova Betânia - Mossoró - RN
CEP: 59607-020

Dr. Rafael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10.123



INSTITUTO DE ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA DE MOSSORÓ

RECEITUÁRIO

1. Jansen R. S. Junior.

2.

3. Plutusias de Jesus + alto cirurgião.

4. Vinícius.

5. J. A. B.

www.iotmossoro.com.br

(84) 4109-0208 / 99700-5408

Rua Duodécimo Rosado, 1430, Nova Betânia - Mossoró - RN

CEP: 59607-020

Dr. Rosângela Maria de Araújo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão



HOSPITAL
WILSON ROSADO

RECEITUÁRIO

1/ Larissa A. de G. Costa.

- exame clínico Tor.

- Data: 26/07/99 às 08:30h

[Handwritten signature]

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

Rua Pedro Velho, 250 - Sto. Antônio - Mossoró/RN
CEP: 59611-010 - Fone: (84) 3318.9000



HOSPITAL
WILSON ROSADO

RECEITUÁRIO

1. Paciente N. do C. 2004.

2. Paciente N. do C. 2004.

3. Paciente N. do C. 2004.

Dr. Wilson

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

Rua Pedro Velho, 250 - Sto. Antônio - Mossoró/RN
CEP: 59611-010 - Fone: (84) 3318.9000



INSTITUTO DE ORTOPEdia E
TRAUMATOLOGIA DE MOSSORÓ

RECEITUÁRIO

Paciente n. 25 G. Junior.

di

- Hemograma completo

- Glicemia de jejum.

- Exame de urina.

Ass: Dr. - Junior.

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Mossoró - RN

www.iotmossoro.com.br
(84) 4109-0208 / 99700-5408

Rua Duodécimo Rosado, 1430, Nova Betânia - Mossoró - RN
CEP: 59607-020



INSTITUTO DE ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA DE MOSSORÓ

RECEITUÁRIO

1 - Dorida n. do G. Juntos.

2.

- Homogêneo cozido.

- Queijo branco cozido.

- Queijo branco cozido.

19: 20 - Juntos.

Dr. Rosinei Macedo Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Mossoró - RN

www.iotmossoro.com.br

(84) 4109-0208 / 99700-5408

Rua Duodécimo Rosado, 1430, Nova Betânia - Mossoró - RN

CEP: 59607-020



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
SESAP - Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia

NOME: Daniel Roberto dos Santos Junior

ENCAMINHAMENTO MÉDICO AMBULATORIAL

ENCAMINHAMENTO PARA ASSISTÊNCIA MÉDICA EM AMBULATÓRIO DE TRAUMA ORTOPÉDICO

LOCAL: AMBULATÓRIO DO SUS

AGENDAMENTO:

- SOB A RESPONSABILIDADE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

> 1 - 1 hora / RN

MÉDICO ASSISTENTE:

ORTOPEDISTA

DIAGNÓSTICO(S):

fratura de Ulna
proximal

AGENDAR A REVISÃO PARA: 2 Sem SEMANA(S)

CONDUTA PROGRAMADA PARA REVISÃO INICIAL:

RETIRAR A IMOBILIZAÇÃO: NÃO

RADIOGRAFIAS DE CONTROLE: SI

Rx de ombro L e R

PR - Part. 1 e 2

OBSERVAÇÕES:

1. LEVAR TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS E EXAMES REALIZADOS.
2. AGENDAR A REVISÃO PARA O MÉDICO ASSISTENTE OU SUBSTITUTO.
3. REVISÃO DOS CASOS CIRÚRGICOS REALIZADOS.
4. REVISÃO DOS TRATAMENTOS CONSERVADORES.

Dr. Leonardo M. C. Pires
Ortopedista e Traumatologista
CRM RN 74897/2007 2008

Rua Projetada, S/N - Aeroporto | CEP 59607-100
Mossoró - RN Brasil Tel: (84) 3315-3258

DR RAPHAEL MACHADO



INSTITUTO DE ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA DE MOSSORÓ

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6320

RECEITUÁRIO

DATA DE EMISSÃO: 20/01/2020

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

PACIENTE: DANIEL ROBERTO DOS SANTOS JUNIOR

NASCIMENTO: 18/03/1991 - IDADE: 28A11M7D

ENDEREÇO: RUA: MARIA DE LOURDES DA CONCEIÇÃO 18 - TIBAU / RN

FISIOTERAPIA MOTORA DO OMBRO DIREITO.
FRATURA DE Umero PROXIMAL.
INDICO : GANHO DE ADM.
20 SESSOES.

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

INSTITUTO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DE MOSSORÓ S/S / CNPJ:

Telefone 1 : (84)9700-5408 / Telefone 2 : (84)4109-0208 / e-mail :

Endereço : DUODECIMO ROSADO , NOVA BETANIA , 59607-020 , Cidade : MOSSORÓ RN



CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA



GAB



RECEBUE

ORDEN DOS ADVOGADOS DO RIO GRANDE DO NORTE

CONSELHO REGIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE
IDENTIDADE DE ADVOGADO

CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA

CAIO CESAR DE PAIVA
SHEILA MARIA DOS SANTOS A. DE PAIVA

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

04/03/1997

[illegible]

PHILIPPS HAS COASTS

DETRAN - RN
3368 / 0007 / 1104 / 2002
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

600	DISCOUNT	2
-----	----------	---

BIRMINGHAM - **MONTGOMERY** - **TULSA**

CPD/CNAI — PCO — 22H 451

PAGE AND LINE
REF 3681 YTH
902 MW170EPR00154

ESPECIE TIPO COMARUS WEL

MAPICA / MODELO - ANTE FAB - TANC

157-93053-11A
EAGLE MILAR
157-93053-11A

DATE	11/20/18	0.05
TIME	14:22	0.05

102505 JK	20	PREMIUM QUALITY DATA RE PROGRAM
102506 JK	20	OF RES

085846005
085846004-5
085846003-4
085846002-3
085846001-2
085846000-1
085846000-0

SYNOPSIS: 2013-06-17 10:27:44

09-07-81

PAGE TWO

END OF REPORT

Figure 1

RN N° 01452932 / 16 / BIBLE-2008

ESTE É O SEU PLACOTE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguredorplacote.com.br

SAC DPVAT 0803 022 1 204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 05/07/2019

272,214,254-72

ANNALS OF THE ENTOMOLOGICAL SOCIETY OF AMERICA

—**CEBIAIO TVELEARIO**—

100

100 *Journal of Management Inquiry* 16(1)

CHINA'S ECONOMIC REFORMS

[illegible]

DECLARAÇÃO

EU Donal Roberto dos Santos Junior
portador (a) da cédula de RG de N° 3030422 e
CPF 102.411.574-71 Declaro para Os devidos fins
que estive no Banco do Brasil
para regularizar minha conta corrente de agência
1469-9 número 32335-7 para poder receber o
benefício da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Feito em 29 de Maio de 2020

x Donal R. dos Santos Junior

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCÁRIA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200200551 **Cidade:** Tibau **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL ROBERTO DOS SANTOS JUNIOR **Data do acidente:** 26/11/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-1-5-6-7-8-14

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

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 DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Daniel Roberto dos Santos Junior, brasileiro(a),
estado civil: solteiro, Profissão: Motorista, Data do Acidente: 26.11.2019
Cobertura em Validez portador(a) do RG 3030422, órgão expedidor
SSP/RN do CPF: 102.411.574-91 residente no(a)
Rua: Mama de Lourdes do Conceição nº 18,
bairro: Centro, município: Itaba, RN.

OUTORGADO:

Nome: Leandro Albuquerque Pereira, brasileiro(a)
estado civil: solteiro Profissão: Revisor portador(a) do RG
2041199 órgão expedidor SSP/RN do CPF: 013.986.644-21 residente
no(a) Rua: Eustáquio Santos da Silva nº 3054 bairro:
Santa Antonia município: Mossoro / 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, 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.

Mossoro/RN 01/06/2020
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)