



Número: **0800865-47.2020.8.20.5113**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Areia Branca**

Última distribuição : **30/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DANIEL ROBERTO DOS SANTOS JUNIOR (AUTOR)	CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64959 688	01/02/2021 20:07	<u>2781055_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Documento de Comprovação



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, contados 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

Carta nº 15833478



Pag. 01837/01838 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 01/02/2021 20:07:48
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020120074834600000062220428>
Número do documento: 21020120074834600000062220428

Num. 64959688 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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: 5 - CPF:

102.411.574-71 Daniel Roberto dos Santos Júnior

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N°445/2012

6 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 7 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Daniel Roberto dos Santos Júnior Rua Manoel Lourenço do Conhecimento 18 Cozur

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 17 - Tel.:

centro Tebau PR 59678-000 (84) 9953.8106

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:

REUSO 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/ CURADOR/TUTOR

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237) Itaú (841)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: do Brusif

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso 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 atende 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 preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Cônjugue Parente de 1º grau Parente de 2º grau Irmão(a) Irmão(a) de 1º grau Irmão(a) de 2º grau

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 (vámenes)? 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 Lider pagará, caso devidamente, 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 na 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)

40 - Local e Data: 20/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



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

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: VITÓRIA K LEAL MORONHA

AGÊNCIA: 0036-1 CONTA: 101.872-8

DATA DA TRANSFERENCIA

13/05/2020

NR. DOCUMENTO

501.469.000.032.335

***** TRANSFERIDO PARA: / /

CLIENTE: DANIEL ROBERTO SANTOS JR

AGÊNCIA: 1469-9 CONTA: 32.335-7

NR. DOCUMENTO

600.036.000.101.872

NR. AUTENTICAÇÃO

C.315.E76.71A.F61.AGE





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 Olho Bravo, Zona Rural de Tibau-RN.

DATA DO FATO: 26/11/2019. HORA: 05:120min.

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 Auzilene 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 com a 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 Policia; 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:
2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
102.411.574-71 Daniel Roberto dos Santos Júnior

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

5 - Nome completo: Daniel Roberto dos Santos Júnior 6 - CPF: 102.411.574-71
7 - Profissão: Ricusso 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
15 - E-mail: Ricusso 16 - Tel. (DDD): (84) 99538106

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 DE INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DE INDENIZAÇÃO (CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):
 Nome do BANCO: do Brasil

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 6.294/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou
 • O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de Seguro DPVAT; ou
 • O IML que atende à 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, desse jeito, 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

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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não 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)

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 01/02/2021 20:07:48
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020120074834600000062220428>
Número do documento: 21020120074834600000062220428

Num. 64959688 - Pág. 7



Termo Socio de Energia Eletrica Criado para 10428-00-250400

Corporação Energética do Estado do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 165, Bento, Niterói - RJ, CEP 24265-200
CNPJ 05.324.316/0001-81 | Ins. Est. 20035198-0 | www.cosern.com.br

PRODUTO DA CONCEPÇÃO DA CONCEPÇÃO

DADOS DO FUSIONE

DAMIANA ANA DA SILVA

RUA MARIA DE LOURDES DA CONCEPÇÃO

48

CENTRO/ARFA URBANA

TVEAN/RN

58078-000

CPF: 228 249 608-61

CLASSIFICAÇÃO

01 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

DATA DE CADASTRO: 11/09/2019

7001030992 09/2018

11/09/2019 04/10/2018

DEBITO: 0,00 LÍQUIDA: 0,00 DATA DE LÉTURA: 0,00

484,77

VALOR: 0,00

DATA DE CADASTRO: 11/09/2019

484,77

</



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Sereia Salgado Filho 1556, Timó, CEP 05015-000
CNPJ: 08.223.333/0001-25 / ISRC: Estadual: 20939.42653
Admin. Central (84) 2232-4452 / Divisórias: (84) 2232-4952

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO
Nº 100 - Centro - RN - CEP: 59010-000
Fone: (84) 2232-4452 / Fax: (84) 2232-4952
115
115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 13/05/2020 AS 16:57:52

MATRÍCULA: 8370284

MESMO: 05/2020

DADOS DO CLIENTE

CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA
RUA CUSTÓDIO DANTAS DA SILVA, N. 367 - APTO
804-B - SANTO ANTONIO MOSSORÓ RN 59610-045

INSCRIÇÃO	ROTA	SEGURO ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
	12	1301	PESIDENTIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
305.012.189-0246.948			1

IMPREMTERO	SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO
A1ZF467574	LIGADO	LIGADO

CONSUMO ÁGUA (m³): 13
CONSUMO RATEIO ÁGUA (m³): 1
DATA LEITURA: 13/05/2020
LEIT. ATUAL: 796
LEIT. ANT.: 784
DIAS CONSUMO: 30

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
04/2020	15	02/2020	11	12/2019	12	9
03/2020	11	01/2020	10	11/2019	16	

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 43,77 POR UNIDADE	10 M3	43,77
11 M3 A 15 M3 - R\$ 4,88 POR M3	3 M3	14,64
ESGOTO		
70,0% DO VALOR DE ÁGUA		40,89

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	99,30	1,65	1,64
COFINS	99,30	7,6	7,55

VALORES DE REFERÊNCIA: 20/05/2020 VALOR TOTAL: 99,30

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.

Parâmetros	Turbidez	pH	Calif. Total	Cloropatossíntese Lm/m	nitrogênio total N
TURB. e Turbidez (dissolved)	≤ 5,0 uT	6,0 a 8,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	1,95	7,8	100,0 %	1,0	-

826500000004 3 99300006305 3 008870284011 8 05202050003 0



COMPROVANTE DA CAERN



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 01/02/2021 20:07:48

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020120074834600000062220428>

Número do documento: 21020120074834600000062220428

Num. 64959688 - Pág. 9

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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: 4020-1396 / 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVATOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Caio Lívar A. de Oliveira

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

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

do sinistro de DPVAT cobertura envolvidos da Vítima Daniel Roberto dos Santos Júnior

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

Declaro Profissão: Revisor 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 Santos do Silvão</u>	Número:	<u>804</u>	Complemento:	<u>Apto</u>	
Bairro:	<u>Santo Antônio</u>	Cidade:	<u>Mossoró</u>	Estado:	<u>RN</u>	
E-mail:	<u>Caio Lívar A. de Oliveira</u>				CEP:	<u>59619 - 045</u>
					Tel. (DDD):	<u>(84) 9953 8108</u>

Local e Data:

Mossoró 29/05/2020

Assinatura do Declarante





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

ÁREA DE ATENDIMENTO DE USUÁRIOS/USUÁRIAS

N.º CARTÃO SISI: 261 063030422		PENHIMENTO N.º	
NOME: Daniel Roberto dos Santos		IDADE (ANOS)	MES/AN
SEXO: M / RG: 1891 / TECNO: LA / END: Rua Joaquim José da Cunha		PROFISSAO: INGENIERIA	
INSCRIÇÃO (BRANCA):		ESTADO: RW	
GARPO:		CIDADE: Araras	
TEL:		26.11.79 (munic. DS)	
COMPANHANTE: Irmão		DATA DA PROCURA	
ACIDENTE DE MULHER:			

1983/84

1973-012592

EXCERPTS FROM THE 1988 U.S. DEPARTMENT OF STATE

1957050603 AL 6200002

Digitized by srujanika@gmail.com

2013 RELEASE UNDER E.O. 14176

Prințul Andrei și conținutul său întrumătoare nu mai trebuie să fie învățat în cadrul școlii primare. Înțeleg că nu este vorba de o cenzură a cunoașterii, ci de o cenzură a cunoașterii care nu este deosebit de bună.

EXERCISE 10.2 (Continued)

- A - Só aero para falando
B - Impõe desconto no menor custo AD MVT um MVT
C - MVT é monetariamente, DA 100/100 m m 100
D - Só aero B
E - Ainda a desformade. Da a mobilidade de m³ (D)
E CB, volvo, no monodado, no mobiliário, invicta
recomendação de aeroporto

15-28. 例題を解いて、問題を解く練習をする。

第二章 企业战略管理与企业经营决策

1500 1510 1520

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

CONJUNTO DE QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO COMPUTACIONAL

100% de la población (100% de la población) (100% de la población) (100% de la población)

MISSCO: (Carimpo e Assinatura?)

REFERENCES

Marguerite Atiles
140-128



ASSINATURA DO PACIENTE EM CASO DE NÃO CONSENTE DA UNIDADE DE TRATAMENTO (ESPECIFICAR ACIMA)

EQUATIONS





Secretaria Municipal de Saúde

RECEPÇÃO

#H2TM

Encontrado no paciente Daniel Roberto dos Santos Júnior, 28 anos, com história de trauma (acidente de moto) há 40min. Paciente desacordado com respiro ruidoso e agitado, respirando com um sopro e dor óssea. Freq. RHR e pulmonar elevadas e constrição óssea.

PA: 140x100 mmHg FC: 116 bpm
O2 97% A.A. FR: 16 bpm AGT: 143

VERSO →

Tubarão/RN, 06 de 11 de 2021

AO RETORNAR TRAGA A RECEPÇÃO
MARINA ALVES
Médica
CRM/RN 10188

- A- traqueia parva -扁平的-
B- sopro acentuado espontaneamente;
cúpula
AR: NVA/ um AHT. SPA.
C- urdilhemodino na consulta
PA: 140x100 FC: 116 bpm
AC: BNP, PCR um 2 T. SIS.
D- gerson 15
E- ausência de deformidades, dor
à mobilização de m/s (0).

Marina Alves
Médica
CRM/RN 10188

Paciente avaliado por Dicas
Atropinado

Medicación: Fármacos:

Dipirona 500mg/ml. 16ml

às 06:40.

SPN: 500ml. 6V.

Aceno periférico um um s (0).

06:40:00
06:40:00
06:40:00

— OFICIAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
— CONFORME O ORIGINAL
— DOCUMENTO 07717019
— BLMO

SANTOS / SANTOS





Secretaria Municipal de Saúde

RECEITÓRIO

#H2TM

Encomunho ao paciente Daniel Roberto dos Santos Júnior, 28 anos, por intérino de traumas (acidente de moto) fór homem. Paciente idem entro da morte severo paciente inconsciente, returando vida em ms 0 e dor cula 0. Típico TOC e comprometido nível de consciência após o trauma. A exame PA: 140x100 mmHg FC: 116 bpm SpO₂ 97 AA + P: 16 bpm HGT: 143

VERSO →

Tibau-RN 26 de 11 de 2019

AO RETORNAR TRAGA A RECEPÇÃO

Mario Alves
Medico
CRM/RN 10168

- A- tua cor prata - blonda
B- impulso impulsionante,
explosivo
AR: NVA: um AHT. S2A.
C- edema hemoedema no comuti
DA: 140x100 FC 116 bpm
AC: BNF, PCR em 2T. SIS.
D- gesso 15
E- ausência de deformidades, dor
à mobilização de ms 0.

Mario Alves
CRM/RN 10168

Paciente usuldo por Desejo
Atropinato

Medicam. futei:

Dipirona 500mg/ml. 1kmol
às 06:40.

SDN: 500ml, 6V.

Auxo periférico um ums (E).

Mario Alves
CRM/RN 10168

COLITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
A CONFORME O ORIGINAL
22/02/2019 21/02/2019

B1 MO

SAME/ARQUIVO





Sistema Único de Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNACÃO HOSPITALAR**

Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		Daniel Roberto dos Santos Júnior.	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		/ /	
9 - SEXO		10 - RACIOCOR	
Masculino		Feminino	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO	
		DDD	Nº DO TELEFONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO	
		DDD	Nº DO TELEFONE
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	18 - LFT
		19 - DFP	

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

- Vítima de conduta si nítida. Encadeamento de ações dentro com for e limitações de adm.

21 - CONDIÇÕES PARA BISSECCIÓN DA INTERNAÇÃO

Please let me know if you have any questions.

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

Monogen + Etene fijos + etenos de inyección

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Extrato de urino profundi 24 - CID 10 PRINCIPAL: S42.2 25 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____ 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
39 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO	
				32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
				<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		35 - ASSINATURA E CARRIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	
				 Leônido M. Pedro <small>Conselho Federal de Medicina</small>	

- PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

38 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	29 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE		
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	34 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOF		
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESINTEGRADO	() APOSENTADO	() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - COD. EMISSÃO EMISSOR	48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
49 - DOCUMENTO		50 - Nº DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
<input type="checkbox"/> CNIS	<input type="checkbox"/> CPF	
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	52 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	





Sistema Único de Saúde **Ministério da Saúde**

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde		DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
Daniel Roberto dos Santos Júnior.			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		1 /	9 - SEXO
10 - RACA/COR		Masculino	
11 - NOME DA MÃE		12 - FONE DE CONTATO	
		000	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - FONE DE CONTATO	
		000	
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		18 - E.F	
19 - CEP			

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO		
<p>Vítima de acidente de moto com fratura de ombro direito com dor e limitação de mov.</p>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	<p>Necessita tratamento cirúrgico.</p>		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	<p>Fratura de ombro direito com dor e limitação de movimento.</p>		
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 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	
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. Luizinho M. C. Freitas Médico - Especialista em Drauzio Varella - SBSP - 10006					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
36 - <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		38 - <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ DA SEGURADORA
					40 - NÚMERO BILHETE
					41 - SÉRIE
					42 - CNPJ EMPRESA
					43 - CNPJ DA EMPRESA
					44 - SEBRAE
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA		<input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR		<input type="checkbox"/> AUTONÔMO <input type="checkbox"/> DESINTEGRADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURO	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			



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

NOME: *Daniel Roberto dos Santos Júnior*

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:
→ *21/02/2021*

MÉDICO ASSISTENTE: *Ortopedista*

DIAGNÓSTICO(S):

*Fratura de clavos
proximal*

AGENDAR A REVISÃO PARA: *2 Semana(s)*

CONDUTA PROGRAMADA PARA REVISÃO INICIAL:

RETIRAR A IMOBILIZAÇÃO: *Não*

RADIOGRAFIAS DE CONTROLE: *Sim*

*Rx da articulação
do ombro e ombro*

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. Freitas
Ortopedista e Traumatologista
CRM RN 24887 - SEBON 360108

Rua Projetada, 8/N – Aeroporto I CEP 59607-100
NossaRô – RN Brasil Tel: (84) 3315-3368



ASSINATURA DO PACIENTE EM CASO DE NÃO CONSENTO DA DELEGADA MÉDICA (ESPECIE: CAR. ADRAZ)

CANADA:



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

NOME: *Daniel Roberto dos Santos Júnior*

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:
→ *até 15/01/2021*

MÉDICO ASSISTENTE:

Ortopedista

DIAGNÓSTICO(S):

Fratura da clavícula

AGENDAR A REVISÃO PARA:

2 semanas

CONDUTA PROGRAMADA PARA REVISÃO INICIAL:

RETRIRAR A IMOBILIZAÇÃO: *sim*

RADIOGRAFIAS DE CONTROLE: *sim*

Próx. da subsec. de
PR = Partir amanhã

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.

Ex. assinado de C. Pires
Rua Projetada, S/N - Aeroporto | CEP 59607-100
Natal - RN Brasil Tel: (84) 3315-3368

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 Cozzolino
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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 01/02/2021 20:07:48
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020120074834600000062220428>
Número do documento: 21020120074834600000062220428

Num. 64959688 - Pág. 23



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

HOSPITAL WILSON ROSADO

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Rua: Pedro Velho, 250

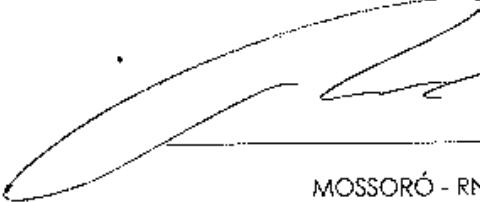
Mossoró-RN - 59.611-010

Telefone: (84) 3318-9000

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE
Estreia, Nanda do Geraldo Júnior FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO
riminico, NECESSITANDO DE 300 - (Serto a viscer)
0 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS.

CID: 542.2


Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5320

MOSSORÓ - RN, 31/12/19



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 01/02/2021 20:07:48

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020120074834600000062220428>

Número do documento: 21020120074834600000062220428

Num. 64959688 - Pág. 24

RISCO CIRÚRGICO

NOME:

Daniel Roberto da Silva Júnior

SEXO:

M

PROFISSÃO:

IDADE:

28

1. CIRURGIA PROPOSTA

FRACTURA OMOSAS DIREITO

2. ANTECEDENTES

- AVC
- ALERGIA E DROGAS
- DIABETES MELLITUS
- DOENÇAS CORONÁRIAS
- DOENÇA PULMONAR

- FUMO
- HIPERTENSÃO ARTERIAL
- INSUFICIENCIA CARDÍACA
- OPERAÇÃO PRÉVIA
- OUTROS

3. INTERROGATÓRIOS SINTOMATOLÓGICOS

Sintomas

4. EXAME FÍSICO

Neve-Nascer
PA-Normal

5. ELETROCARDIOGRAMA

Normal

6. OUTROS EXAMES

7. CONCLUSÃO

PROCEDER COM A CIRURGIA PROPOSTA

(mobilidade parcial
colapsos)

8. OBSERVAÇÕES

10/01/2019
Dr. Gustavo Soárez Gómez MD Pós-graduado em Cardiologia CRM 6007-RN CRM 6007-RN
Cardiologista/Clinico Geral



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

www.plena.com.br



RISCO CIRÚRGICO

NOME:

Daniel Roberto dos Santos Júnior

SEXO:

M

PROFISSÃO:

IDADE:

28

1. CIRURGIA PROPOSTA

Fratura omofaringe

2. ANTECEDENTES

- AVC
- ALERGIA E DROGAS
- DIABETES MELLITUS
- DOENÇAS CORONÁRIAS
- DOENÇA PULMONAR

- FUMO
- HIPERTENSÃO ARTERIAL
- INSUFICIENCIA CARDIACA
- OPERAÇÃO PRÉVIA
- OUTROS

3. INTERROGATÓRIOS SINTOMATOLOGICOS

Som farto

4. EXAME FÍSICO

Reve Norgell
PA = 100 mmHg

5. ELETROCARDIOGRAMA

- Norgell

6. OUTROS EXAMES

7. CONCLUSÃO

PROCEDER COM A CIRURGIA PROPOSTA

(Mobilizado
colapsado)

Dr. Gustavo Bicheli
Gastroenterologista / Clínico Geral
CRM 6007 - RN
Cardiologista / Clínico Geral

10/11/2019



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

www.gplena.com.br





INSTITUTO DE ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA DE MOSSORÓ

RECEITUÁRIO

1. Dádiva R. S. Júnior.

2.

② Electrosulfofrena + líbio inativo.

3. Kit frasco.

09/01/2021

www.iotmossoro.com.br
(84) 4109-0208 / 99700-5408
Rua Duodécimo Rosado, 1430, Nova Betânia - Mossoró - RN
CEP: 59607-020

Dr. Renato Machado Pontes
Ortopedia e Traumatologia
Centro





INSTITUTO DE ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA DE MOSSORÓ

RECEITUÁRIO

1. *Medicamento S. S. S.*

3

2. *Medicamento S. S. S.*

3. *Medicamento S. S. S.*

31/01/2021

www.iotmossoro.com.br

(84) 4109-0208 / 99700-5408
Rua Duodécimo Rosado, 1430, Nova Betânia - Mossoró - RN
CEP: 59607-020

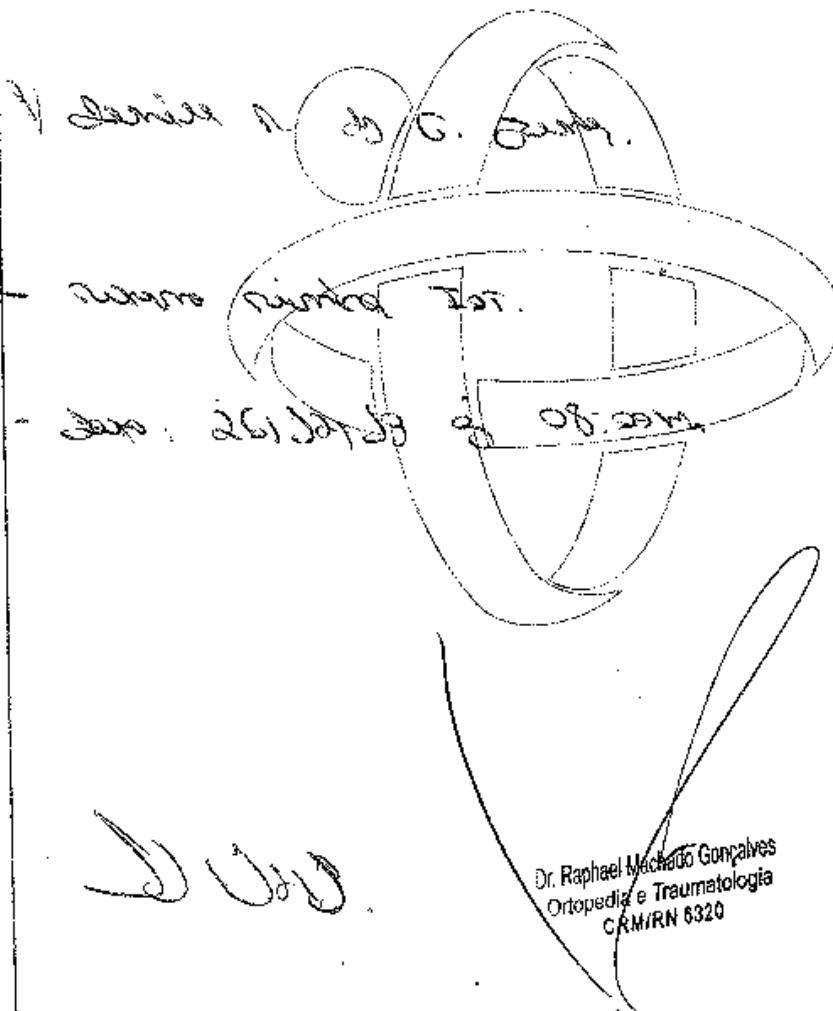
*Dr. Heitor Viana Gonçalves
Cirurgião e Traumatologista
Mossoró - RN*





HOSPITAL
WILSON ROSADO

RECEITUÁRIO



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



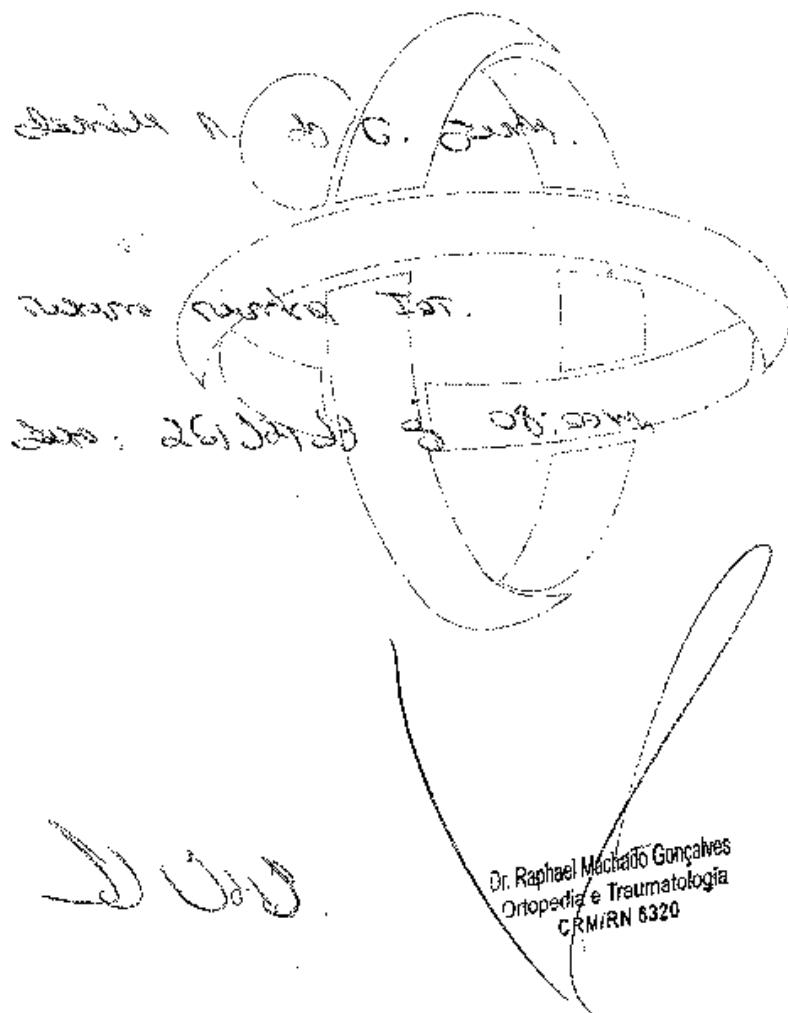
Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 01/02/2021 20:07:48
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020120074834600000062220428>
Número do documento: 21020120074834600000062220428

Num. 64959688 - Pág. 29



HOSPITAL
WILSON ROSADO

RECEITUÁRIO



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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 01/02/2021 20:07:48
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020120074834600000062220428>
Número do documento: 21020120074834600000062220428

Num. 64959688 - Pág. 30



INSTITUTO DE ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA DE MOSSORÓ

RECEITUÁRIO

1. *Medicamento* n. 100 S. *Exceder*.

1

— *Infusão de sangue*

— *Glucosamina gel*.

— *Desinfecção cutânea*.

2. *Medicamento*.

28/12/2020

www.iotmossoro.com.br

(84) 4109-0209 / 99700-5408
Rua Duodécimo Rosado, 1430, Nova Betânia - Mossoró - RN
CEP: 59607-020

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Grau II - MBR



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 01/02/2021 20:07:48
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020120074834600000062220428>
Número do documento: 21020120074834600000062220428

Num. 64959688 - Pág. 31



INSTITUTO DE ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA DE MOSSORÓ

RECEITUÁRIO

Pedreiro n. 30 S. João

3

- Hemofagia sangue

- Diurese excessiva.

- Sangramento rectal.

33: 20 - 2000

23

23

www.iotmossoro.com.br
(84) 4109-0208 / 99700-5408
Rua Duodécimo Rosado, 1430, Nova Betânia - Mossoró - RN
CEP: 59607-020

Dr. Rosane Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Centro de Reabilitação



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

NOME: *Daniel Roberto dos Santos Júnior*

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. Leandro M. C. Pinto*

MÉDICO ASSISTENTE: *Octo Pequita*

DIAGNÓSTICO(S):

*Fratura de clavos
proximal*

AGENDAR A REVISÃO PARA: *2 Semana(s)*

CONDUTA PROGRAMADA PARA REVISÃO INICIAL:

RETIRAR A IMOBILIZAÇÃO: *Não*

RADIOGRAFIAS DE CONTROLE: *Sim*

*Rx da articulação
para constatar evolução*

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. Leandro M. C. Pinto
Ortopedia e Traumatologia
FON: RN 24027768746208*

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



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

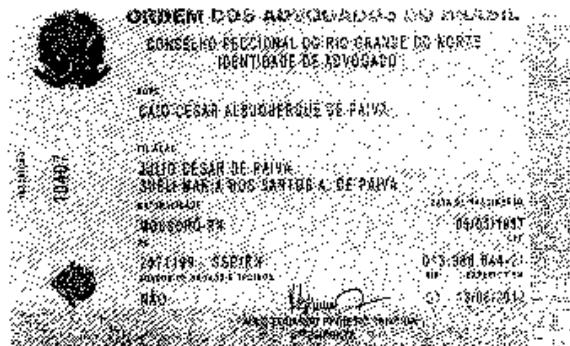
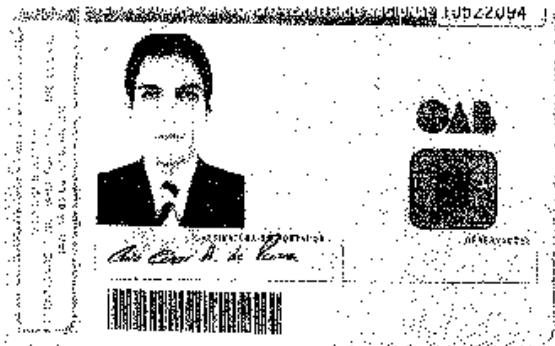


Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 01/02/2021 20:07:48

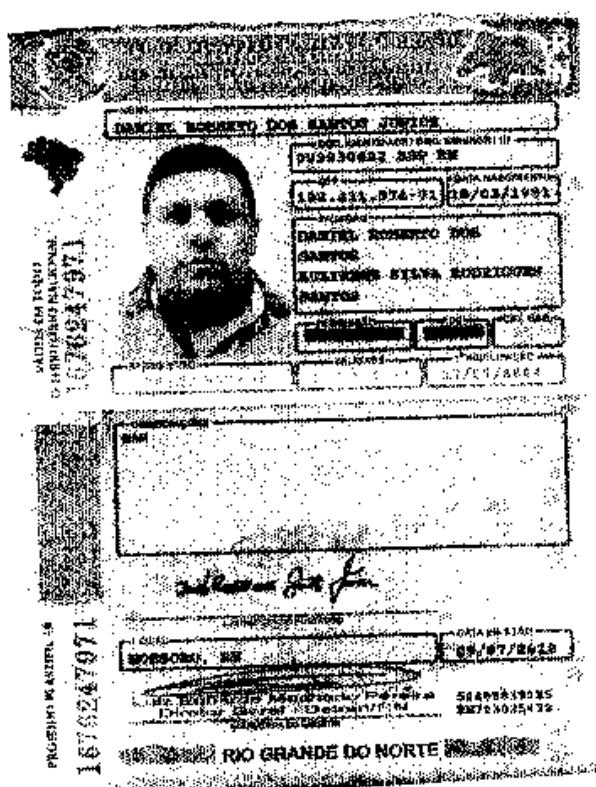
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020120074834600000062220428>

Número do documento: 21020120074834600000062220428

Num. 64959688 - Pág. 34



Writing



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 01/02/2021 20:07:48
<https://pjef1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020120074834600000062220428>
Número do documento: 21020120074834600000062220428

Num. 64959688 - Pág. 36



DECLARAÇÃO

Eu Donald Roberto dos Santos Júnior,
portador (a) da cédula de RG de N° 3030 422 e
CPF 102.411.574-71 Declaro para Os devidos fins
que estive no Banco do Brasil
para regularizar minha conta Colombo de agência
1469-9, número 32 335-7 para pode receber o
beneficio da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

tibau/RN ... 29 de Maio de 2020

Donald R. dos Santos Júnior

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 **Data do acidente:** 26/11/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA
JUNIOR

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 Júnior, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Motorista, Data do Acidente 26.11.2019
cobertura em Valores, portador(a) do RG 3030 422, órgão expedidor
SSP/RN nº do CPF: 102.411.574-81 residente no(a)
Rua: Ilmo Dr. doutor do Cunha nº 18,
bairro: Lentas, município: Libau, RN.

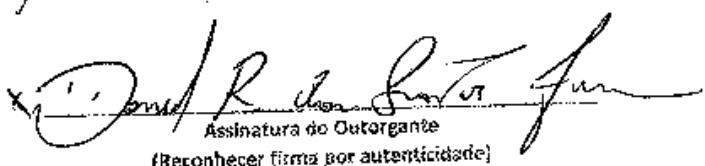
OUTORGADO:

Nome: Leandro Albergaria Pava, brasileiro(a)
estado civil: Solteiro, Profissão: Relevo, portador(a) do RG
20 711 99, órgão expedidor SSP/RN do CPF: 013.986.644-21 residente
no(a) Rua: Lestadio Santos da Silva nº 304 bairro:
Santo Antônio município: Mossoró, 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 Lider e Seguradoras
conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Mossoró/RN 01/06/2020
Local e Data


Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

