

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

**CLIENTE:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

30/07/2020

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

320026187201

**VALOR TOTAL:**

1.687,50

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** ABINOAN DE CARVALHO

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 02008

**CONTA:** 000000021396

---

---

**Número da Autenticação**

DBD84288D7C0C48D

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200261872

**Cidade:** Parnamirim

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ABINOAN DE CARVALHO

**Data do acidente:** 02/04/2019

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM JOELHO DIREITO COM LESÃO DE LIGAMENTAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P7)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** @P7 - SINISTRO ANTERIOR (3200082590) CANCELADO POR VÍTIMA EM TRATAMENTO - PERICIA MÉDICA EM 09/03/2020 - - SINISTRO COM RECLAMAÇÃO SAC.

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200261872

**Cidade:** Parnamirim

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ABINOAN DE CARVALHO

**Data do acidente:** 02/04/2019

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM JOELHO DIREITO COM RUPTURA COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P7)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

PAGO ANTERIORMENTE CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DE 18/02/2020 ASSINADO PELO DR. URAL DE OLIVEIRA CRM 4315RN. (P7)

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

---

**Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200261872**

**Vítima: ABINOAN DE CARVALHO**

**Data do Acidente: 02/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ABINOAN DE CARVALHO**

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 joelho 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: **ABINOAN DE CARVALHO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002008**

Conta: **000000021396-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205883/20

**Número do Sinistro:** 3200261872

**Vítima:** ABINOAN DE CARVALHO

**CPF:** 025.416.504-42

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**Data do acidente:** 02/04/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ABINOAN DE CARVALHO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/08/2020  
Nome: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE  
CPF: 702.851.364-53

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/08/2020  
Nome: WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA  
CPF: 017.220.804-18

WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205883/20

**Vítima:** ABINOAN DE CARVALHO

**CPF:** 025.416.504-42

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**Data do acidente:** 02/04/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ABINOAN DE CARVALHO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### **ROBINSON LUIS VITAL FREIRE : 702.851.364-53**

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### **ABINOAN DE CARVALHO : 025.416.504-42**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

**A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/07/2020  
Nome: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE  
CPF: 702.851.364-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2020  
Nome: WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA  
CPF: 017.220.804-18

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014852736010  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01096866193 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

ABRÃO DE CARVALHO

CPF - CNPJ

025.416.504-42

PLACA QG99847

PLACA ANT./UF QG99847 /RN

CHASSI 9CGRG3110G0006407

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/VAN/APLICAVE

COMBUSTÍVEL ALCOOL-GASOL

MARCA / MODELO

YAMAHA/YAMA50 FACTOR E

ANO FAB. 1 ANO MOD. 2016 2016

OCV/149 CILINDRADAS

CATEGORIA PARTICIPAR

QDR FRENDO/INIVANTE BRANCA

DOTA UNICA

VENC. DOTA UNICA

VENC. / COTAS 1º 2º 3º

P R V A

R\$ 0.00 14/08/2019

PAGO PAGO PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) ID (R\$) FIELMO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

\*\*\* LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO \*\*\* DEVAT: PAGO

ALTEM. FID. EM FAVOR DE: 47.458.153/0001-40

YAMAHA ADM CONSORCIO LTDA

MOTOR: 133GZE-0184109

FAVORABILIZ./RN DATA 02/10/2019

Cartão Sincronizado de Sisen

Controlador de Qualidade de Veículos

DETRAN RJ

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014852736010 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VIA 1 COD. RENAVAM 01096866193 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

CPF - CNPJ 025.416.504-42

EXERCÍCIO 2019

DATA EMISSÃO 02/10/2019

PLACA QG99847

CHASSI 9CGRG3110G0006407

MARCA / MODELO YAMAHA/YAMA50 FACTOR E

ANO FAB. 1 ANO MOD. 2016 2016

OCV/149 CILINDRADAS

CATEGORIA PARTICIPAR

QDR FRENDO/INIVANTE BRANCA

DOTA UNICA

VENC. DOTA UNICA

VENC. / COTAS 1º 2º 3º

P R V A

R\$ 9.000,00

PREMIO TARIFARIO

DEPARTAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

\*\*\* LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO \*\*\* DEVAT: PAGO

ALTEM. FID. EM FAVOR DE: 47.458.153/0001-40

YAMAHA ADM CONSORCIO LTDA

MOTOR: 133GZE-0184109

FAVORABILIZ./RN DATA 02/10/2019

Cartão Sincronizado de Sisen

Controlador de Qualidade de Veículos

DETRAN RJ

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

CPF - CNPJ 025.416.504-42

EXERCÍCIO 2019

DATA EMISSÃO 02/10/2019

PLACA QG99847

CHASSI 9CGRG3110G0006407

MARCA / MODELO YAMAHA/YAMA50 FACTOR E

ANO FAB. 1 ANO MOD. 2016 2016

OCV/149 CILINDRADAS

CATEGORIA PARTICIPAR

QDR FRENDO/INIVANTE BRANCA

DOTA UNICA

VENC. DOTA UNICA

VENC. / COTAS 1º 2º 3º

P R V A

R\$ 9.000,00

PREMIO TARIFARIO

DEPARTAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

\*\*\* LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO \*\*\* DEVAT: PAGO

ALTEM. FID. EM FAVOR DE: 47.458.153/0001-40

YAMAHA ADM CONSORCIO LTDA

MOTOR: 133GZE-0184109

FAVORABILIZ./RN DATA 02/10/2019

Cartão Sincronizado de Sisen

Controlador de Qualidade de Veículos

DETRAN RJ

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

CPF - CNPJ 025.416.504-42

EXERCÍCIO 2019

DATA EMISSÃO 02/10/2019

PLACA QG99847

CHASSI 9CGRG3110G0006407

MARCA / MODELO YAMAHA/YAMA50 FACTOR E

ANO FAB. 1 ANO MOD. 2016 2016

OCV/149 CILINDRADAS

CATEGORIA PARTICIPAR

QDR FRENDO/INIVANTE BRANCA

DOTA UNICA

VENC. DOTA UNICA

VENC. / COTAS 1º 2º 3º

P R V A

R\$ 9.000,00

PREMIO TARIFARIO

DEPARTAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

\*\*\* LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO \*\*\* DEVAT: PAGO

ALTEM. FID. EM FAVOR DE: 47.458.153/0001-40

YAMAHA ADM CONSORCIO LTDA

MOTOR: 133GZE-0184109

FAVORABILIZ./RN DATA 02/10/2019

Cartão Sincronizado de Sisen

Controlador de Qualidade de Veículos

DETRAN RJ

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

CPF - CNPJ 025.416.504-42

EXERCÍCIO 2019

DATA EMISSÃO 02/10/2019

PLACA QG99847

CHASSI 9CGRG3110G0006407

MARCA / MODELO YAMAHA/YAMA50 FACTOR E

ANO FAB. 1 ANO MOD. 2016 2016

OCV/149 CILINDRADAS

CATEGORIA PARTICIPAR

QDR FRENDO/INIVANTE BRANCA

DOTA UNICA

VENC. DOTA UNICA

VENC. / COTAS 1º 2º 3º

P R V A

R\$ 9.000,00

PREMIO TARIFARIO

DEPARTAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

\*\*\* LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO \*\*\* DEVAT: PAGO

ALTEM. FID. EM FAVOR DE: 47.458.153/0001-40

YAMAHA ADM CONSORCIO LTDA

MOTOR: 133GZE-0184109

FAVORABILIZ./RN DATA 02/10/2019

Cartão Sincronizado de Sisen

Controlador de Qualidade de Veículos

DETRAN RJ

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

CPF - CNPJ 025.416.504-42

EXERCÍCIO 2019

DATA EMISSÃO 02/10/2019

PLACA QG99847

CHASSI 9CGRG3110G0006407

MARCA / MODELO YAMAHA/YAMA50 FACTOR E

ANO FAB. 1 ANO MOD. 2016 2016

OCV/149 CILINDRADAS

CATEGORIA PARTICIPAR

QDR FRENDO/INIVANTE BRANCA

DOTA UNICA

VENC. DOTA UNICA

VENC. / COTAS 1º 2º 3º

P R V A

R\$ 9.000,00

PREMIO TARIFARIO

DEPARTAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

\*\*\* LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO \*\*\* DEVAT: PAGO

ALTEM. FID. EM FAVOR DE: 47.458.153/0001-40

YAMAHA ADM CONSORCIO LTDA

MOTOR: 133GZE-0184109

FAVORABILIZ./RN DATA 02/10/2019

Cartão Sincronizado de Sisen

Controlador de Qualidade de Veículos

DETRAN RJ

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

CPF - CNPJ 025.416.504-42

EXERCÍCIO 2019

DATA EMISSÃO 02/10/2019

PLACA QG99847

CHASSI 9CGRG3110G0006407

MARCA / MODELO YAMAHA/YAMA50 FACTOR E

ANO FAB. 1 ANO MOD. 2016 2016

OCV/149 CILINDRADAS

CATEGORIA PARTICIPAR

QDR FRENDO/INIVANTE BRANCA

DOTA UNICA

VENC. DOTA UNICA

VENC. / COTAS 1º 2º 3º

P R V A

R\$ 9.000,00

PREMIO TARIFARIO

DEPARTAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

\*\*\* LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO \*\*\* DEVAT: PAGO

ALTEM. FID. EM FAVOR DE: 47.458.153/0001-40

YAMAHA ADM CONSORCIO LTDA

MOTOR: 133GZE-0184109

FAVORABILIZ./RN DATA 02/10/2019

Cartão Sincronizado de Sisen

Controlador de Qualidade de Veículos

DETRAN RJ

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

CPF - CNPJ 025.416.504-42

EXERCÍCIO 2019

DATA EMISSÃO 02/10/2019

PLACA QG99847

CHASSI 9CGRG3110G0006407

MARCA / MODELO YAMAHA/YAMA50 FACTOR E

ANO FAB. 1 ANO MOD. 2016 2016

OCV/149 CILINDRADAS

CATEGORIA PARTICIPAR

QDR FRENDO/INIVANTE BRANCA

DOTA UNICA

VENC. DOTA UNICA

VENC. / COTAS 1º 2º 3º

P R V A

R\$ 9.000,00

PREMIO TARIFARIO

DEPARTAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

\*\*\* LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO \*\*\* DEVAT: PAGO

ALTEM. FID. EM FAVOR DE: 47.458.153/0001-40

YAMAHA ADM CONSORCIO LTDA

MOTOR: 133GZE-0184109

FAVORABILIZ./RN DATA 02/10/2019

Cartão Sincronizado de Sisen

Controlador de Qualidade de Veículos

DETRAN RJ

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT



# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200246049 Data da solicitação: 16/07/20  
 Nome do beneficiário: Alinoan de Convello CPF do beneficiário: 02541650892  
 Nome do solicitante: ROBINSON LUIS VITAL PEREIRA CPF do solicitante: 702-851-364-53

**DADOS PARA CONTATO**

Tel. Celular: ( 84 ) 31233901 Tel. Comercial: (     )     Tel. Residencial: (     )      
 E-mail:    

**INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO**

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**

DISCORDO DA NEGATIVA  DISCORDO DO VALOR RECEBIDO  DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**

NÃO  SIM, Informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: COMPROVANTE DE PAGAMENTO (DESCREVER)

**NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Não com o cancelamento do processo onde estou argumentando que eu estava com minha motocicleta com os documentos atrasados, pois a data do acidente que eu sofri foi dia 03/04/2019, pois o levantamento e dia 05/05/2019, o qual em conjunto com outros documentos pago, em parcelas autorizadas pelo DETRAN PR. Para comprovação das fotos segue em anexo uma declaração comprovando a data de solicitação que foi feito e pedido reanálise do meu processo.

16.07.2020  
Local e Data

Alinoan de Convello  
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

**IMPORTANTE:**  
 Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.  
 Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:  
 O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



Seguradora  
**LÍDER**  
Administradora do Seguro DPVAT

**DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO  
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT**

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2018 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

**BILHETE PAGO EM: 11/10/2018**

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	RN/QGG-9847
CHASSI Nº:	9C6RG3110G0006407
RENAVAM:	01096866193
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 185,50 (CENTO E OITENTA E CINCO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

→ Vencimento 04/06/2018

→ Vencimento 14/05/2019

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019



Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento, das 8h às 20h: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões).

# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 0800 1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200261-872

Data da solicitação: 05/08/2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: ADIMON DE CARVALHO

CPF do beneficiário: 025.456.509-42

Nome do solicitante: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

CPF do solicitante: 702.851.364-53

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: 0849.8706-3749 Tel. Comercial: ( ) Tel. Residencial: ( )  
DDD DDD DDD

E-mail:

### INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

### MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA  DISCORDO DO VALOR RECEBIDO  DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

### ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO  SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: (DESCREVER)

### NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

EU: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE, CPF: 702-851-364-53 - VENHO A TRAVÉS DESTA SOLICITAÇÃO A SEGURADORA LIDER QUER SEJA ANGRADA UMA PERICIA MEDICA PARA COMPROVAÇÃO DA SEMELHANÇA DEFINITIVA QUE TENHO NO MEU JULHO POIS O VALOR RECEBIDO DE 1.687,50 NÃO É COMPATÍVEL COM A PORCENTAGEM DA SEQUELA QUE NÃO É COMPATÍVEL COM A TABELA ESTABELECIDA PELA SEGURADORA LIDER QUE O VALOR CORRETO É DE 3.375,25% POR CENTO DA SEQUELA E A VITIMA SO RECEBEU 1.687,50 MUITO ABAIXO QUETREI OCRETO NO PROCESSO EXISTE LAUDO DO DR VIRAL DE OLIVEIRA ATESTANDO A SEQUELA DEFINITIVA ASSIM COMO AGUARDANDO O AGUARDAMENTO DA PERICIA MEDICA OU O RESTANTE DO VALOR RESTANTE DA INDENIZAÇÃO ANTECIOSAMENTE GRATO

Local e Data

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE PROCURADOR DA VITIMA  
 Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

### IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido de seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

# Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante ABINOAN DE CARVALHO,  
portador(a) do documento de identidade nº 001596380, expedido por DETRAN RN, em  
19.10.2006, inscrito no CPF sob o nº 02541650492, residente na  
IVAN DIR DE SOUZA, nº 46  
complemento \_\_\_\_\_, Bairro Rosa dos Ventos, cidade  
PARNAMIRIM, Estado RN.

2. Outorgado ROBINSON LUIS JITAL FREITAS,  
portador(a) do documento de identidade nº 1.099.457, expedido por SSP, em  
23.07.19, inscrito no CPF sob o nº 902.851.364-53, residente na  
RUA SANTA MARIA, nº 22  
complemento \_\_\_\_\_, Bairro SALA PARNAMIRIM, cidade  
PARNAMIRIM, Estado RN.

**Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.**

1º Ofício de Notas Parnamirim de 25 de Novembro.

Outorgante Abinoan de Carvalho

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COSESPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.

1º Ofício de Notas e Registros  
Rua Augusto Norberto Moraes, 149 - Centro - CEP 59140-230 - Parnamirim - RN  
Fone / Fax: (84) 3372-0325 - Site: www.1oficioparnamirim.com.br  
Roberto Lima do Vale (Revisor) - Luciane Christine Rodrigues do Vale (Substituta)

Reconheço por autenticidade e dou fé a firma de:  
ABINOAN DE CARVALHO  
Selo Digital: RN20190095315003545ZOX  
Confira a autenticidade em: <http://selodigital.tjn.jus.br>  
Parnamirim/RN, 25 de Novembro de 2019 - 16:58:33

Em testemunho 1º Ofício de Notas e Registros

MARIA MARTA BARRETO  
Substituta  
Parnamirim - RN



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205883/20

**Número do Sinistro:** 3200261872

**Vítima:** ABINOAN DE CARVALHO

**CPF:** 025.416.504-42

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**Data do acidente:** 02/04/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ABINOAN DE CARVALHO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**Sinistro**

Outros

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/08/2020  
Nome: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE  
CPF: 702.851.364-53

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2020  
Nome: WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA  
CPF: 017.220.804-18

WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA



**CLÍNICA SIM - SERVIÇOS DE IMAGENS MÉDICAS**  
**MATRIZ** - Rua Coronel Joaquim Manoel, 615, Sl 04, Harmony Medical Center  
**FILIAL I** - Rua Coronel Joaquim Manoel, 654, Anexo Hospital Médico Cirúrgico  
Petrópolis | 59012-330 | Natal/RN | Brasil  
**+55 (84) 3646-0000**

**Paciente:** ABINOAN DE CARVALHO  
**Código Paciente:** 253026 SAS JOELHO DIREITO  
**Data Nascimento:** 10/05/1979 - 40 ano(s)  
**Data do exame:** 16/11/2019  
**Procedimento:** JOELHO ROTINA  
**Medico Solicitante:** -

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

### Técnica:

Exame realizado pela técnica de fast spin echo com imagens obtidas predominantemente em T1, T2 e DP, em aquisições multiplanares.

### Análise:

Sinais de ruptura completa do ligamento cruzado anterior.

Irregularidades superficiais do revestimento condral do vértice e facetas da patela, compatível com condropatia grau I.

Pequeno derrame articular suprapatelar livre.

Lesão degenerativa do corno posterior do menisco lateral que apresenta aspecto macerado e se encontra parcialmente extruso em relação ao espaço articular.

Degeneração mucóide do corno posterior do menisco medial.

Espessamento e alteração do sinal da inserção do tendão quadricipital no pólo superior da patela, compatível com tendinopatia.

Estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.

Demais superfícies condrais regulares, sem fissuras ou erosões evidentes.

Ligamentos cruzado posterior e colaterais com continuidade, espessura e sinal conservados.

Tendões patelar, bíceps femoral distal, trato ílio-tibial e tendões da pata de ganso sem particularidades.

Distensão líquida da bursa do semimembranoso-gastrocnêmio medial, com formação de pequeno cisto poplíteo.

### Conclusão:

Sinais de ruptura completa do ligamento cruzado anterior.

Irregularidades superficiais do revestimento condral do vértice e facetas da patela, compatível com condropatia grau I.

Laudado Por:

**DR. Juliano C.D. Oliveira**  
CRM-RN 6737 / RADIOLOGISTA

Validação



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABERTA | MAMOGRAFIA DIGITAL DE ALTA RESOLUÇÃO |  
DENSITOMETRIA ÓSSEA | RAI-O-X DIGITAL | ULTRASSONOGRRAFIA GERAL E ESPECIALIZADA  
EM DOPPLER VENOSA E ARTERIAL PUNÇÕES E MARCAÇÕES CIRÚRGICAS

**Agende seu exame - +55 (84) 3646-0000**

Pag. 1 de 2



Estado do Rio Grande do Norte  
Prefeitura Municipal de Parnamirim - RN  
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO MÉDICO

Data: 04/04/2019

Nome: Abimilson de Casselles (40 anos)

Declaração Médico

Declaro por os devidos fins  
que o paciente acima citado foi  
atendido nesta unidade por motivo  
de consulta médica após acidente  
de moto

Na ocasião foi solicitado RNM  
de fratura de crânio

Grato

  
Dr. João Bernardo de Medeiros Bisneto  
Médico  
CRM/RN 8499

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM-RN**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**



AREA: **36**

MICROÁREA: **03**

Família de **Alvimson**  
RESPONSÁVEL PELA FAMÍLIA (Nome Completo)

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: **Alvimson**

UBS - **Bela Romaniim**  
UNIDADE

Nº PRONTUÁRIO PSE: **300**

R - Nova Jerusalém 5/N


ENDEREÇO (Rua, nº, bairro, município)

DATA

	NOME	POSICÃO NA FAMÍLIA	DATA DE NASCIMENTO
1	Socilia de Carvalho Souza		18.07.5
2	Felita de Carvalho Souza		11.07.21
3	Adriano Josélio de Carvalho		22.09.75
4	Alvimson de Carvalho		10.05.7
5	Ana Carolina de Carvalho		11.02.75
6	Thailton de Campos Filho		22.01.19
7	Donofan de Campos		10.05.7
8	Israel de Carvalho Melo		25/01/2003
9			
10			
11			
12			

Rogério Gurgel

Diretor  
Mat. 3104-57



UBS - Bela Romaniim



PRONTUÁRIO

NÚMERO: 76 ANO:

NOME: Alisson da Conceição  
SEXO: M DATA DE NASCIMENTO: 20/05/1995 NATURALIDADE:

ESQUEMA DE VACINAÇÃO

DUPLA (01)	HEPATITE A	HEPATITE B	TRÍPLICE VIRAL	GRIFE	TRÍPLICE AMARELA

HISTÓRICO/EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

RUBRICA

06/11/2019

CONTINUANDO.

Paralisação da Triagem de Tuberculose  
Elaborar ficha de anamnese

Revisão de

urgente urgente

• Derivação

• Aus. reatigada e encaminhada em  
Tuberculose

PRM (L6161/2019) grupo D: Suso de  
Surto suspeito de leptospirose aguda  
Espondilodioses sigmóides da triagem  
local de surto, testes de PCR

~~DEPARTAMENTO DE LABORATORIO~~  
M. L. L. L. L.  
CRIMIN 0409

Rogério Gurgel  
Diretor

Mat.: 3104-63  
UBS - Bela Parnamirim



# Plano de Cuidado

DATA	HISTÓRICO / EVOLUÇÃO	DIAGNÓSTICO	CONDUTA	RÚBRICA
31/10/2019	Quarta-feira, 31/10/2019, 14h30min. Atendimento em ambulância. Queixa de dor aguda no quadril.		Solução colírio: clorofeniramina, Zolozex 500mg Neuroanalgésico.	Dr. Maria Rita C. Freitas Médica CRM/RN 8281
25/11/18	PA = 130x70      PO = 81kg Paciente sempre para análises teste rápido! HIV: N/R. HCV: N/R.			25/11/18 K. V. F. F. F.
04/10/19	Paciente compareceu relatando queda de mata em <u>02/10/19</u> , em via pública. Relato que a queda ocorreu com o joelho direito (apresentando edema), com dor e vermelhidão local e inabilidade de apoiar o peso na perna. Refere dor aguda. Encaminhado para atendimento em UBS.			Alfredo de Paula CRM/RN 8281
04/10/2019	* Consulta de Emergência * Paciente chegando - se de ortopedia de joelho direito por trauma. Relato de queda de joelho direito no asfalto.			
	Ed: Dispareunia + Hirsutismo + Comprometo de gló local Quente rápido PNH da pele			
	Dr. Larissa O. Aguiar Médica CRM/RN 9214			Rogério Gurgel Diretor Mat.: 3104-6 UBS - Bela Paranaíba
06/11/2019	Exame físico (Continuar)			

CARTÃO Nº: 89005 1295087596 -



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PARNAMIRIM-RN

FICHA INDIVIDUAL

NÚMERO: \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: 76 ACS Abirvan  
 SEXO: M DATA DO NASCIMENTO: 10/05/1979 NOME: Abirvan DE CARVALHO  
 PROFISSÃO: ACS

IMUNIZAÇÕES

VACINAS

DOSES	ANTIPÓLIO	DPT	BCG	ANTI-SARAMPO	TOXÓIDE TETÂNICA	OUTRAS
1ª						
2ª						
3ª						
Ref.						
Ref.						

DATA	HISTÓRICO /EVOLUÇÃO	DIAGNÓSTICO	CONDUTA	RÚBRICA
23/06/16	PA 120x20			
26-10-16	PA 120 X 80			
	Quarta-semana de tosse persistente bem como há 05 dias. Politerapia Parental. Nega febre atualmente, apresentando mais de 4 dias primária de As - exome, oia de fca indolosa e pulso Hd: ginecologia bacteriana aguda. CD: Agitação microm 500mg 5 dias. Levotudina 10 mg/ml. 2) 59/200ms.			

Janielson Dantas de Sousa Carvalho  
MÉDICO  
CRM/RN 8319

Rogério Gurgel  
Diretor  
Mat.: 31046  
UBS - Bela Parnamirim

**CLINICA HOPE**  
**LABORATÓRIO HAPPY**

**# LAUDO MÉDICO #**

# ABINDAN DE CARVALHO, apresenta quadro de lesão ligamentar de joelho direito após trauma. Fez fisioterapia.

# Instabilidade do joelho direito A-P, hipotrofia de coxa direita.

# Invalidez anatómica e funcional de joelho direito de caráter PERMANENTE.

# ALTA

Dr. Ural de Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 4315

NATAL

Av. Pernambuco, esquina com Rua Garanhuns, 01 - Cidade da Esperança - Natal/RN  
(em frente ao posto de saúde)

18/01/20  
(84) 3205-7400 / 3205-5842



GOVERNO DO ESTADO DO  
 MS - SAÚDE PÚBLICA  
 MSDF MONS. WALFREDO GURGEL

# SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Antonio de Castro</i>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL/SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO MASCULINO 1 FEMININO 2	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)			
13 - MUNICÍPIO <i>Pernambuco</i>	14 - BARRIO	15 - UF <i>RN</i>	16 - CEP

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>PA + instabilidade fclha (D)</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>crupia</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>RNM + secundária</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Lesão lca Lesão menisco Lesão condra + 5 months</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Reconstrução lca 403050160 Reparo menisco 403050285 Fixação menisco les condra 403050926 Enfisocistostomia 407060123</i>	25 - CID 10 PRINCIPAL <i>415010012</i>	26 - LEITO CLÍNICO	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO
		28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>[Signature]</i>	
		29 - Nº SOLICITAÇÃO <i>67108120</i>	
		30 - CNES / OP	
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)			

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ( ) ACIDENTE DE TRÁNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO			
41 - ( ) CID 10 PRINCIPAL	DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
42 - ( ) CID 10 SECUNDÁRIO	43 - ( )	44 - ( ) GRAVE	45 - ( ) GRAVÍSSIMA

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	49 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AH)
47 - DT. AUT. / /	51 - DT. AUT. / /	
48 - CNES / OP		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	

Atendimento: 2002300144  
Paciente: ABINOAN DE CARVALHO  
Idade: 40 ANO(S)  
Plano: SUS  
Data do Atendimento: 20/02/2020  
Sexo: M  
Bairro:  
Procedência: LAB. CENT

HEMOGRAMA



**Hospital Memorial**  
São Francisco

*Abinoan de Carvalho*

- Hemograma*
- Coagulograma*
- Glicemia*

*03.03.20*

*[Signature]*  
Dr. Marcio P. Neto  
Cirurgião de Mão  
Cruz Vermelha - RN  
Cruz Vermelha - RN



## SOLICITAÇÃO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA ELETIVA

1 mensagem

Formulários Google <forms-receipts-noreply@google.com>  
Para: regulacaoparnamirim@gmail.com

4 de agosto de 2020 1

### Google Forms

Agradecemos o preenchimento de SOLICITAÇÃO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA ELETIVA

Isto foi o que recebemos de você:

## SOLICITAÇÃO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA ELETIVA

Formulário eletrônico de solicitação de Cirurgias Ortopédicas Eletivas à Central Metropolitana de Regulação da SESAP/SMS Natal

Endereço de e-mail \*

regulacaoparnamirim@gmail.com

### INFORMAÇÕES SOBRE A UNIDADE

Unidade Solicitante \*

- Natal (distrito leste)
- Natal (distrito oeste)
- Natal (distrito sul)
- Natal (distrito norte I)



**Hospital Memorial**  
São Francisco

**Hospital Memorial de Natal**

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN  
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228  
hmemorial@veloxmail.com.br

**FICHA DE INTERNAMENTO**

Data: 14/10/2020 07:50

Paciente: **ABINOAN DE CARVALHO**

Registro: **58072**

Num. RG: **1596380**

CPF: **025.416.504-42** Nascimento: **10/05/1979** 41 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **IVANDIR DE SOUZA**

N.: **46**

Bairro: **ROSA DOS VENTOS**

Cidade : **PARNAMIRIM**

UF: **RN**

CEP: **59150000**

Fone: **84991298901**

Profissão: **AGENTE DE SAUDE**

Mãe: **JOSELIA DE CARVALHO SOUZA**

**Dados do Internamento**

Num. Internamento: **5**

Entrada: **14/10/2020 7:49**

Previsão saída: **15/10/2020 17:00** Atendente: **JAILMAMA**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matricula/CNS: **700604473134163**

Médico : **Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO**

CRM: **6574**

**LEITO RESERVA 07**

**Dados do Responsável**

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

**Termo de Responsabilidade**

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos ou de imagens, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

- a. Diagnóstico;
- b. Planejamento e Terapêutico;
- c. Ensino e Pesquisa.

Assinatura: [  ] Paciente [  ] Responsável

*Abinoan de Carvalho*

**Observações**

**COM AIH, SISREG, AUTORIZACAO MUNIC, RISCO E ECG. EXAMES LAB, LAUDO RM, MEDICO CIENTE**

**HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol  
Cep: 59022-020 - Natal/RN  
CONFERE COM ORIGINAL  
EM, 26 / 01 / 21



**FICHA DE INTERNAMENTO**

**Dados do Paciente**

Paciente: **ABINOAN DE CARVALHO** Registro: **58072**  
 Num. RG: **1596380** CPF: **025.416.504-42** Nascimento: **10/05/1979** 41 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**  
 Endereço: **IVANDIR DE SOUZA** N.: **46** Bairro: **ROSA DOS VENTOS**  
 Cidade : **PARNAMIRIM** UF: **RN** CEP: **59150000** Fone: **84991298901**  
 Profissão: **AGENTE DE SAUDE** Mãe: **JOSELIA DE CARVALHO SOUZA**

**Dados do Internamento**

Num. Internamento: **5** Entrada: **14/10/2020 7:49** Previsão saída: **15/10/2020 17:00** Atendente: **JAILMAMA**  
 Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **700604473134163**  
 Médico : **Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO** CRM: **6574** **LEITO RESERVA 07**

**Termo de Responsabilidade**

Data/Hora Alta: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_  
 Data da Baixa: \_\_\_\_\_ No. de dias de hospitalização: \_\_\_\_\_ No. de US: \_\_\_\_\_  
 Doc. Apresentado: \_\_\_\_\_ Diagnostico Definitivo: \_\_\_\_\_  
 Procedencia: \_\_\_\_\_  
 História da Doença atual: \_\_\_\_\_  
 Interrogatorio sobre diversos aparelhos: \_\_\_\_\_  
 Antecedentes pessoais: \_\_\_\_\_  
 Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_  
 Estado geral: \_\_\_\_\_  
 Ap. Cardiorespiratorios: \_\_\_\_\_  
 Ap. digestivo: \_\_\_\_\_  
 Ap. Locomotor e Neurologico: \_\_\_\_\_  
 Ap. Urinario e Ginecologico: \_\_\_\_\_  
 Impressão geral: \_\_\_\_\_  
 Conduta: \_\_\_\_\_

### Dados do Paciente

Paciente: **ABINOAN DE CARVALHO** Registro: **58072**  
Num. RG: **1596380** CPF: **025.416.504-42** Nascimento: **10/05/1979** 41 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**  
Endereço: **IVANDIR DE SOUZA** N: **46** Bairro: **ROSA DOS VENTOS**  
Cidade: **PARNAMIRIM** UF: **RN** CEP: **59150000** Fone: **84991298901**  
Profissão: **AGENTE DE SAUDE** Mãe: **JOSELIA DE CARVALHO SOUZA**

### Dados do Internamento

Num. Internamento: **5** Entrada: **14/10/2020 7:49** Previsão saída: **15/10/2020 17:00** Atendente: **JAILMAMA**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **700604473134163**  
Médico: **Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO** CRM: **6574** **LEITO RESERVA 07**

### Dados do Responsável

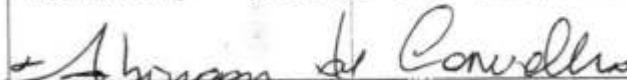
Responsável: CPF: RG:  
Parentesco:

### TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

- Autorizo o(a) Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S8730 RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO A)
- O(A) Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização.  
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [  ] Paciente [  ] Responsável



DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO - CRM 6574

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
COMARCA DE PARNAMIRIM

**DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL**

(De acordo com o Artigo 1.723 da Lei nº 10.406 de 10/01/2002)

Nós **ABINOAN DE CARVALHO**, Brasileiro, divorciado, agente comunitário de saúde, capaz, maior, portador da identidade nº 001.596.380 – SSP/RN, e inscrito no CPF/MF sob o nº 025.416.504-42 e Sra. **JOSENILDA SABINO CORDEIRO**, Brasileira, solteira, técnica de enfermagem, portadora da identidade nº 1.705.188 – SSP/RN, e inscrita no CPF/MF sob o nº 028.722.364-73, residentes e domiciliados na rua Ivandir de Souza nº 46, Rosa dos Ventos, Parnamirim/RN; Declaramos que vivemos em união estável durante **01 (um) ano e 06 (seis) meses**, uma convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, nos termos do art. 1.723, segunda parte, do Código Civil; Que não incorrem nos impedimentos do artigo 1.521 do Código Civil; Que não somos casados nem mantemos outro relacionamento com objetivo de constituição de família; Que a presente declaração é feita de livre e espontânea vontade nossa outorgantes declarantes, inteiramente livre de todo e qualquer induzimento, coação, ilegalidade, influência ou constrangimento e é, mais completa expressão da verdade, para que sejamos beneficiários para qualquer plano de saúde, seguros, pecúlios ou pensões, para os quais nós, outorgantes contribuímos, bem como, os direitos a sucessão, podendo ser apresentada perante todas as autoridades e poderes públicos competentes, repartições públicas federais, estaduais, municipais, empresas privadas e de economia mista, cartório em geral, foro, e instituições bancárias, instituições religiosas, Previdência Social, Receita Federal, Governo Federal, Estadual e Municipal, em qualquer de suas secretarias e departamentos, para todos os fins e efeitos de direito, o que tudo nós outorgantes declarantes damos por bom, firme e valioso, o que foi dito em presença das duas testemunhas adiantes assinadas.

Do que para constar firmamos a presente para os fins de direito.

Parnamirim-RN, 24 de setembro de 2018



Abinoan de Carvalho  
**ABINOAN DE CARVALHO - Declarante**



Josenilda Sabino Cordeiro  
**JOSENILDA SABINO CORDEIRO  
Declarante**

Paiva Amaral  
testemunha

Paiva Amaral  
testemunha

Observação: a segunda via deste documento só será possível se o mesmo for registrado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos

**SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS**

**SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS**

TABELIÃO: AIRENE JOSE AMARAL DE PAIVA  
conheço por semelhança a firma de **ABINOAN DE CARVALHO**

TABELIÃO: AIRENE JOSE AMARAL DE PAIVA  
conheço por semelhança a firma de **JOSENILDA CORDEIRO (AJD087300)**

Paiva Amaral  
temunho da verdade. Emol R\$ 2,90

Paiva Amaral  
Em testemunho da verdade. Emol R\$ 2,90

**PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES - Substituto**

**PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES - Substituto**

Código Solicitação: **345105083**Número AIH: **242010077288-1****IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE****Unidade Solicitante:**

HOSPITAL MEMORIAL

**Unidade Executante:**

HOSPITAL MEMORIAL

**Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro**

JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

**Central Reguladora**

NATAL

**Data de Solicitação**

07.10.2020 - 11:06:10

**Data de Autorização**

07/10/2020 - 11:21:45

**Data de Reserva**

08.10.2020

**Data de Internação**

07.10.2020

**Data Prevista de Alta**

21.02.2048

**Data de Alta**

07/10/2020 - 11:55:13

**Motivo da Alta**

1.2 ALTA MELHORADO

**CNES:**

2408252

**CNES:**

2408252

**Município Executante**

NATAL

**Operador**

09642624443RAFAELA

**Operador**

63723034420MEL

**Operador**

RAFAELAPAIVA

**Operador**

RAFAELAPAIVA

27583

**DADOS DO PACIENTE****CNS:**

700604473134163

**Nome do Paciente**

ABINOAN DE CARVALHO

**Nome da Mãe**

JOSELIA DE CARVALHO SOUZA

**Sexo:**

MASCULINO

**Data de Nascimento:**

10/05/1979 (41 anos)

**Tipo Logradouro:**

RUA

**Número:**

46

**País de Residência:**

BRASIL

**Telefone(s):**(84) 99129-8901 (*Exibir Lista Detalhada*)**Nome Social/Apelido:**

---

**Naturalidade:**

PARNAMIRIM - RN

**Raça:**

SEM INFORMACAO

**Tipo Sanguíneo:**

---

**Logradouro:**

IVANDIR DE SOUZA

**Bairro:**

ROSA DOS VENTOS

**Município de Residência:**

PARNAMIRIM

**Complemento:**

---

**CEP:**

59141-380

**UF:**

RN

**DADOS DA SOLICITAÇÃO****CPF do Médico Solicitante:**

05544048428

**CPF do Médico Executante:**

05544048428

**Diagnóstico Inicial - CID:**

M242 - TRANSTORNOS DE LIGAMENTOS

**Caráter**

10 - Eletivo

**Clínica:**

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

**Procedimento Solicitado:**

TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS

**Nome do Médico Solicitante:**

MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO

**Nome do Médico Executante:**

MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO

**Classificação de Risco**

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

**Clínica Complementar:**

Nenhuma

**Código:**

0415010012

**Status da Solicitação:**

APROVADA

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO****Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

DOR E INSTABILIDADE NO JOELHO DIREITO/td&gt;

**Principais Resultados de Provas Diagnósticas:**

RNM + EXAME FISICO

**Condições que Justificam a Internação:**

TRATAMENTO CIRURGICO LCA + LESAO OSTEOCONDRA + MENISCORRAFIA + SINOVECTOMIA

**PARSICER****Motivo de Impedimento do Regulador:**

---

**Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)****CRM:****Data de Solicitação:**

07.10.2020 - 11:06:10

Data da Extração dos Dados: 15/10/2020 12:19:22



GOVERNO DO ESTADO RN  
SEC. SAÚDE PÚBLICA  
HOSP. MONS. WALFREDO GURGEL

# SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Arnon de Castro</i>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL/SUS <i>700604473134163</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>10.05.1979</i>	9 - SEXO <i>M</i>	MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> 1 FEMININO <input type="checkbox"/> 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Socia de Carvalho Souza</i>		11 - TELEFONE DE CONTATO <i>8499129-8901</i>	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>Rua Wandir de Souza n. 46</i>			
13 - MUNICÍPIO <i>Pernambuco</i>	14 - BAIRRO <i>Rosa dos Ventos</i>	15 - UF <i>RN</i>	16 - CEP <i>59150-000</i>

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>DM + instabilidade glicêmica</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Crise</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>DM + Insulopenia</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>DM2 LCA</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL <i>E11.9</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Reajuste LCA 408050160 Reajuste Insulina 403050888 + tratamento com insulina 408050926 Exame de glicemia 407060123</i>			
25 - COD. DO PROCEDIMENTO <i>915010012</i>		26 - LEITO/CLÍNICA	
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Márcio Rêgo</i>	
29 - DATA SOLICITAÇÃO <i>03/08/20</i>		30 - CNS / CPF	
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG NO CONSELHO)			

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
38 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - ( ) CID. 10 PRINCIPAL	DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
42 - ( ) CID. 10 SECUNDÁRIO	43 - ( )	44 - ( ) GRAVE	45 - ( ) GRAVÍSSIMA

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT. AUT. / /	51 DT AUT / /	
48 - CNS / CPF		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	



PREFEITURA DE  
**PARNAMIRIM**  
Cuidando de você.

Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria Municipal de Saúde

### Autorização de AIH

Autorizo o atendimento ao paciente Shinoan de Carvalho  
identidade nº 1596380 CPF nº 025.416.504.42  
data de nascimento 10/05/1979 cujo procedimento 408050160, 408050888  
408050926, 408060123, 415010012  
deverá ser registrado mediante Autorização de Internação Hospitalar (AIH). data do. 10.20

Dia. Cerise Maria Cortez Gomes  
Médica  
CRM 2534 - C.R.F. 149.909.364-11

Cerise maria cortez gomes

Médica Autorizador

CRM 2534



PREFEITURA DE  
**PARNAMIRIM**  
Cuidando de você.

Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria Municipal de Saúde

### Autorização de AIH

Autorizo o atendimento ao paciente Shinoan de Carvalho  
identidade nº 1596380 CPF nº 025.416.504.42  
data de nascimento 10/05/1979 cujo procedimento 408050160, 408050888  
408050926, 408060123, 415010012  
deverá ser registrado mediante Autorização de Internação Hospitalar (AIH). data do. 10.20

Dia. Cerise Maria Cortez Gomes  
Médica  
CRM 2534 - C.R.F. 149.909.364-11

Cerise maria cortez gomes

Médica Autorizador

CRM 2534



**DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO**

Nome do Paciente: ABINOAN DE CARVALHO

Data do Procedimento: 14-10-2020

Registro: 58072 IH: 5

Diagnóstico pré operatório: S835 ENTORSE E DISTENSÃO ENVOLVENDO LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO JOELHO

Código do procedimento

0408050160  
0408050888  
0408050926  
0408060123

Cirurgia realizada

RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO A  
TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCA  
TRATAMENTO DAS LESOES OSTEQ-CONDRAIS POR FIXACAO OU MOSAICOP  
EXPLORACAO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MEDIAS / GRAND

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO

CRM

6574

Anestesiologista: GILVAN DE CARVALHO

1904

Instrumentador: FELIPE

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana: Cefazolina

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

02 PARAFUSOS PARALCA

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

1. Assepsia e Antissepsia . 2. Acesso anterior ao joelho D. 3. Retirada dos tendões flexores . 4. sinovectomia. 5. Confeção do tneis femoral e tibial. 6. tratamento de lesao osteocondral da patela e femur . 7. Meniscorrafia lateral. 8. transferencia dos tendoes pelos tneis e fixação com parafuso de interferencia 10x30 na tibia e parafuso 8x25 no femur . 9. Sutura. 10. curativo

CRM: 6574 - MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO

14/10/2020 10:47:08