

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSENILDA JERONIMO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 000000531506-9

Nr. Autenticação

BRADESCO2409201905000000000237032260000053150684375 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSENILDA JERONIMO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 000000531506-9

Nr. Autenticação

BRADESCO1510201905000000000237032260000053150684375 PAGO

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190505948
Nome do(a) Examinado(a): Josenilda Jeronimo da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Jose Leoncio Leonidas Maia, 27 Casa
VI Brasilia Serra do Mel RN CEP: 59663-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 002.975.756
Data local do acidente: [24/05/2019]
Data local do exame: [08/10/2019] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TORNOZELO ESQUERDO- FRATURA BIMALEOLAR

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TALA BOTA. EM 03/06/2019 REALIZOU REDUÇÃO INCRUENTA E POSTERIOR IMOBILIZAÇÃO COM GESSO POR 21 DIAS.
FISIOTERAPIA.
Data da Alta: 25/09/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

DOR À MOBILIZAÇÃO, EDEMA EM TORNOZELO DIREITO, LIMITAÇÃO À AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DOR À MOBILIZAÇÃO, EDEMA EM TORNOZELO DIREITO, LIMITAÇÃO À AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO .

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dra. Elizabeth Fillard Tonello
CPF - 045.150.159-40
CRM/RN - 9707



PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA DO MEL/RN SERRA DO MEL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DOCUMENTO
UNIDADE MISTA Dr. SILVIO ROMERO DE LUCENA CONFERE COM O
ORIGINAL

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 27/05/2020

DADOS DO ATENDIMENTO		DATA 25/05/2012	HORA 10:30
NOME	Idade 38		SEXO F
Josenilho Ferreira do Nascimento			
DATA DE NASCIMENTO 10/01/1974		CARTÃO SUS	0006 6343 5201
PROFISSÃO	RG São Rj		
ENDERECO	Nº 38		
BAIRRO	CIDADE (Rio de Janeiro)		ESTADO RN
NOME DA MÃE	ASS. SERVIDOR		Leherson
ACOLHIMENTO: () EMERGÊNCIA () URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () ACIDENTE DE TRABALHO () ACIDENTE DE TRANSITO			
ACOLHIMENTO EM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:			
QUEIXAS			
ANTECEDENTES ALÉRGICOS			
HAS () DM () ASSINATURA		CLASSIFICAÇÃO	
ANAMNSE			
<p>Paciente refere quefe de mola anterior, re</p> <p>Melhorou a ir para NFTM.</p> <p>Apresenta dor e edema em tornozelos e joelhos</p> <p>sentir opaco e pe no dia</p>			

EXAME FÍSICO	PESO	TEMPERATURA	C° F.C.	PA	MMHG FR	HGT
--------------	------	-------------	---------	----	---------	-----

CONDUTA MEDAÇÃO OBSERVAÇÃO LAUDO PARA AIH

O P/ Ontopatia de NFTM

PROTOCOLO RECEBIDO

29 AGO 2013

**TERRACO SOL ADIM.
E CORRETORA DE SEGUROS**



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM/RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

- 14 -

NOME: Adriana Fernanda Siqueira
IDADE: 20 COR: Preta SEXO: F ESTATO CIVIL: Solteira
NATURALIDADE: Rio Preto PROFISSÃO: Estudante PROCEDÊNCIA: Rio Preto
ENDERECO: Rua 5 de Junho Bairro: Centro BAIRRO: Centro
CIDADE: Rio Preto DATA: 29/05/99 HORA: 15:00

CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM REGULAR COM DISPNEIA CHOCADO COMATOSO
C/ HEMORRAGIA EM CONVULSÃO POLITRAUMATIZADO AGITADO OUTROS

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO		SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
HISTÓRIA: CAUDÍA RECENTE			

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LÉSAO (ALEGADA)

ORIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Conselho com o
abuse do prefeito E

EXAME Físico

CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 21/01/2018

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

DIAGNÓSTICO INICIAL

Frakone do Terceiro E



PRONTUÁRIO DE INTERNACAO

CLINICA
ORTOPEDIA

REGULAÇÃO PORTA ZERO

OBS

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		165818
DATA	HORA	CATEGORIA
29/05/2019	23:13	GIH
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
JOSENILDA JERONIMO DA SILVA		19/01/1991
ESTADO CIVIL		PROFISSAO
SOLTEIRA		AGRICULTORA
ENDERECO (RUA, N°)		
RUA EDUARDO BARROCA /SN		
MUNICIPIO	BAIRRO	UF
RIACHUELO	CENTRO	RN
LOCAL DE TRABALHO		CEP
		59470000
		TELEFONE
FILIAÇÃO		
MARIA DO SOCORRO ROQUE DA SILVA	RAIMUNDO JERONIMO DA SILVA	
RESPONSÁVEL		TELEFONE
GENITORA		988795830
ENDERECO		
O MESMO		
DIAGNOSTICO PROVISORIO		
DIAGNOSTICO DEFINITIVO		
DATA DE ADMISSAO	ALTA	OBITO
HISTORIA CLINICA		
CONFERE DADOS OFICIAIS DATA: <i>29/05/2019</i> ASSINATURA: <i>J. F. S. W.</i>		

~~CONFÉRE CONCURRENCE
DATA: 11/11/01~~
Assinatura

EXAMES COMPLEMENTARES

X de ferro 6 e A2 C

Dr. Edimar M. Dantas
CRM-942
Ass. do Responsável
Ortopedia/Trumatologia

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

Manter o Gás +
Talco seu tipo Botic
Tutor viaj 11 operas

Dr. Edimar M. Dantas
CRM-942
Ass. do Responsável
Ortopedia/Trumatologia

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE Ortopedia	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____
HORA _____ HS		HORA _____ PARA _____

RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA	<input type="checkbox"/>	A REVELIA	<input type="checkbox"/>
DATA _____		HORA _____		
ÓBITO _____		HORA _____		
ENTREGUE	À FAMÍLIA	<input type="checkbox"/>	S.V.O.	<input type="checkbox"/>
			I.T.E.P.	<input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

HEMOTRANSFUSÃO:

() Eritrocenoconcentrado _____ Unid.

Unid.

() Plasma _____ Unid.

() Plaquetas _____ Unid.

Unid.

() Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: Vide Boletim do anestesiologista h: _____ h: _____ h: _____

h: _____

h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml

() Soro Ringer Simples: _____ ml

Quantidade total de volume

() Soro Glicosado: _____ ml

() Soro Ringer Lactato: _____ ml

administrado: 500 ml

ANATOMO PATOLÓGICO

Não Sim Peça:

Peça para sepultamento: Não Sim

Swab para cultura:

Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: Limpo c/exsudato Contaminada Aparelho gessado Bandagens Talas Outros:

INTERCORRÊNCIAS:

Procedimento ocorreu com êxito e sem intercorrências.

Ass: Tel. End. Internoren: 578-211

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: Consciente Inconsciente Narcose Coma Vigil Agitado

Respiratório: Intubado Extubado Cânula de Guedel O₂ ambiente Curativo: Oclusivo Compressivo Bolsa de colostomia Outro: Sondas

Diurese: Espontânea Normal Hematuria Irrigação Vesical Oligúrico Destino após a cirurgia: CPO

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 10:35 Data: 03/06/17 Nível de consciência: Acordado Sonolento Narcose Orientado Desorientado Agitado Choroso Vias aéreas: Intubado Extubado Cânula de Guedel Cateter O₂ O₂ Ambiente Mobilização MMSS: Normal Diminuída Sem mobilidade Sonda: Sem mobilidade Mobilização MMSS: Normal Diminuída Sem mobilidade Sonda: Gástrica Enteral Vesical

Venoclise: Não Sim Tipo: ANP Local: _____ Sondas: Gástrica Enteral Vesical

Drenos: Sução Torácico Penrose Kherz Ostomias: Sim Não Especifique:

Irrigação vesical contínua: Retorno satisfatório Retorno Insuficiente Coágulos

Curativo: Oclusivo Descoberto Limpo Sujo Monitorização: ECG Oxímetro PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA: Náuseas Vômitos Sangramento Dor Bexigoma Alteração PA Alteração FC

Relate:

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat. %	Dor
Admissão	32	—	—	24	NÃO	
30'	34	—	—	27	NÃO	
60'						
Alta						

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Díurese	Retorno Gástr.	Desengorgo	Retorno de Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Paciente encaminhado para clínica oncológica.

Ass: Sayonara Coren: 504067

Nome do paciente

Desenvolvimento ósseo do ilíaco

Data operação

Enf.

Leito

Operador

1º auxiliar

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Fract. expozida

Tipo de operação

Extr. fragmento ósseo

Diagnóstico pós-operatório

Fract. fechada C-1

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

Descrição da operação

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

- ① Mayoche de adutor*
- ② Bofa gesso*

Pedro Ferreira de Melo Fi
 Ortopedista - CRM 1304*
 TEDT 1327

HOSPITAL REGIONAL DE CLÉO MAGARDO MARQUES DE LUCENA
SERVICIO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRURGICO

HOSPITAL REGIONAL DE OCLOCÉDIO MARQUES DE UCHENHA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

卷之三

Nome: JOSEFA DE JESUS SANTOS DA SILVA		D/N: 04/2001		Idade: 28	
Port: AG5878		Município: ARAUÁ		Prócederias: Metreiro (Extremo)	
Data de cirurgia: 03/06/07		Hora Admissão: Bloco: 09		Sala: 10 Hora Saida:	
Alergias: N/A		Comorbidades: HAs (DM) / Outras		Referm: (N/A) - SI/m	
SVV Admissão: PA: 97/166 mmHg Puls: 82 bpm		Frequ: 84 bpm FC: 84 bpm SpO2: 94 %		USO de medicamentos: ENDO (SI/m	
Enferm(a): GEMMA		Instrumentado (a):		Crucinete: F/CC, E/CC - perfazamento	
Cururgia: RÉDUÇÃO DE CAVIAR DE TURNO (3) + 6650. Especialidades: Urologista - Sala: 02					
Hab prof: AD. Zona de termino: 00. 30 tipo de cirurgia: () Eletriva () Ultra-sônica () Limpa () Contamínada () Infectada					
Aux: JN 3200 M/200 Residência:					



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DE OCÉLIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONUÁRIO

JOSENILDA JERONIMO DA SILVA

185818

7- CARTÃO NACIONAL SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RACAO/COR

700 0026 6343 5807

19/01/1991

FEMININO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- FONE DE CONTATO

MARIA DO SOCORRO ROQUE DA SILVA

988795830

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- FONE DE CONTATO

GENITORA

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA EDUARDO BARROCA /SN

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

RIACHUELO

CENTRO

RN

59470000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fra fra se bando by
noz

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

citatis

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

Fra fra se bando by

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. ...

01/01/2013

40- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

36- () AC. TRÂNSITO

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONFIRA NO ORIGINAL

DATA:

Assinatura

.../...

Dr. Francisco William Carvalho Ferreira

CRM 1150 - CRP 149/SC
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - DENSIDADES REHABILITACOES
MEDICINA DE TRABALHO

PESSOAL DO
RÉGIMINHO
27 SET 2019
TERRITÓRIO SOLAÇA
ESTADUAL DE SEDS

LADÔ, MÉDICO

A paciente Josenilda Fagundes da Silva, 38 ANOS de idade, ACIDENTE DE TRANSITO COM

MOTO, NO dia 24/08/2019, levada ao Hospital Regional da Serra da Mel, onde recebeu os PRIMEROS SOCORROS, NO dia seguinte foi ENCAMINHADA para o HRTM de Mossoró.
BOLETO N° 50.226/2019.

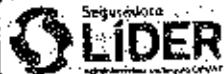
DIAGNÓSTICO: Fratura Completada da
máleolo fibular esquerdo, com lesão
capsular-ligamentares importantes
CD, o. 582-4 + 5934, devido a que
operatória não realizada.

PROCEDIMENTO: Tratamento
conservador, com tala fijadora +
Bolhas gasosas, evitando o risco

SEQUELAS DEFINITIVAS:

- a) tornozelo doloroso que se associa com permanência em pé, apertar-se em 30°, alongar-se ou subir degraus.
- b) limitação de movimentos e dor articular da retro-málide 30°
- c) Perda da capacidade funcional laboral e quotidiana estimada em 30%.

2 Mossoró 25 de Setembro de 2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMIS (DESPERAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	088.389.644-32	Josenilda Jerônimo da Silva	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 115/2012

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

5 - Josenilda Jerônimo da Silva 6 - CPF: 088.389.644-32
 7 - ARTICULADORA 8 - Endereço: Rua José L. Leonidas Maia
 9 - Vila Brasil 10 - Complemento: 27
 11 - Bairro: 12 - Cidade: Serra do Mel 13 - Estado: PR 14 - CEP: 54663-000
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 99827-0066

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 do direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.591,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (241) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGENCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir) <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir) <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Banco Bradesco AGENCIA: 03226 CONTA: 531.506 (9)		

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 o fato, 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões persistentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar	30 - Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha filhos, informar	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não	Vivos: Falecidos:	nasceram/vivem?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devide, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que quaisquer omissão ou declaração não verdadeira poderão gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 -	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
40 - Local e Data:	Xerox para o segurado e beneficiário		
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura da vítima/beneficiário/declarante	44 - Assinatura do Procurador (se houver)	45 - Assinatura da Testemunha de Segs.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SERRA DO MEL - SERRA DO MEL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020093/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/06/2019 09:35 Data/Hora Fim: 12/07/2019 11:43
Delegado de Polícia: José Vieira do Castro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Atéto: Delegacia Municipal de Serra do Mel

Data/Hora do Fato: 24/05/2019 18:15

Lugar do Fato

Município: Serra do Mel (RN)

Logradouro: ENTRE A VILA RIO GRANDE DO NORTE E A VILA CEARÁ

Bairro: VILA RIO GRANDE

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Móvel(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Outro(s)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSENILDA JERONIMO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Riachuelo Sexo: Feminino Nasc: 19/01/1991

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria do Socorro Roque da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 002975756

Endereço

Município: Serra do Mel - RN

Logradouro: RUA JOSE I FÔNICO LEONIDAS MAIA

Nº: 27

Complemento: CASA REHOCADA, NA RUA DAS CASAS DA CAIXA

Bairro: VILA BRASÍLIA

Telefone: (84) 98632-5955 (Celular)

PROTOCOLO
RECEBIDO

29 AGO 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Nome Civil: JOSENILDO GERONIMO DA SILVA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Riachuelo Sexo: Masculino Nasc: 05/12/1985

Estado Civil: Casado(a)

Endereço

Município: Serra do Mel - RN

Logradouro: RUA JOSE AIRES DANTAS

Nº: 31

Complemento: CONJUNTO NOVO

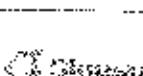
Bairro: VILA BRASÍLIA

Telefone: (84) 98610-2338 (Celular)

Nome Civil: JOSIVAN ROQUE DA SILVA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Riachuelo Sexo: Masculino Nasc: 19/11/1984

Estado Civil: Casado(a)



Delegado de Polícia Civil: José Vieira do Castro
Impresso em: 12/07/2019 11:43
Data de Impressão: 12/07/2019 11:43
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SERRA DO MEL - SERRA DO MEL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020093/2019-A01

Endereço

Município: Serra do Mel - RN
Logradouro: RUA JOSÉ AIRES DANTAS
Número: 05
Complemento: CONJUNTO NOVO
Bairro: VILA BRASÍLIA
Telefone: (84) 98795-7936 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 323.140.944-68	Placa: QGC3022
Renavam: 01064051003	Número do Chassi: 95IBXXBAX18002071
Ano/Modelo Fabricação: 2015/2015	Cor: VERMELHA
UF Veículo: Rio Grande do Norte	Marca/Modelo: MOTO TRAXX JL500-8
Veículo Adulterado?: Não	Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido:	Envolvidos
Josenilda Jerônimo da Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARCEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE NA DATA DE 26/06/19 POR VOLTA DAS 10H30MIN, ESTAVA indo da VILA A RIO GRANDE DO NORTE PARA A VILA CEARA; QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU; QUE QUERROU O TORNÓZELO, QUE FOI SOCORRIDA ATÉ O HOSPITAL DA CIDADE DE SERRA DO MEL, QUE POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL TARCÍSIO MAIA, EM MOSSORÓ; QUE A COMUNICANTE NÃO POSSUI CNH. RETIFICA QUE O ACIDENTE FOI NO DIA 24/05/2019 POR VOLTA DAS 17H00MIN; QUE O REGISTRO NO HOSPITAL DA CIDADE DE SERRA DO MEL/RN FOI NO DIA 24/06/2019 POR VOLTA 18H15MIN.

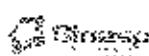
ASSINATURAS

José Vieira de Castro
Delegado de Polícia
Mossoró - RN
Responsável pelo Arquivamento

Josenilda Jerônimo da Silva
(Comunicante / Vítima)

"Declaro que os depoimentos de direito que sou o(a) autor(a) responsável pelos inimóveis acima mencionados, e que que podem responder civil e criminalmente pelo presente de fato que devo, conforme previsto nos Artigos 330-A, inciso II, do Código Civil e 240-Criminoso, Capítulo II e 240-Criminoso, Pará de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PROTOCOLO RECEBIDO
29 AGO 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS



Delegado de Polícia Civil: José Vieira de Castro
Impresso por: José Vieira de Castro
Data de Impressão: 12/07/2019 11:43
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA DO MEL/RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA DR. SILVIO ROMERO DE LUCENA

P. M. SERRA DO MEL/RN
DOCUMENTO
CONFIRME COM:
ORIGINAL
DATA: 29/08/19
29/08/19

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

DADOS DO ATENDIMENTO		DATA <u>29/08/19</u>	HORA <u>18:15</u>		
NOOME	<u>Isacilda Góesnho dos Reis</u>		IDADE <u>25</u>		
DATA DE NASCIMENTO	<u>19/01/1994</u>		CARTÃO SUS		
PROFISSÃO	<u>Secretária</u>		RG <u>—</u>		
ENDEREÇO	<u>0 - B.R.</u>	NP <u>—</u>			
BAIRRO	<u>Serra do Mel</u>	ESTADO <u>RN</u>	TELÉFONE <u>—</u>		
NOOME DA MÃE	ASS. SERVIDOR				
ACOLHIMENTO: () EMERGÊNCIA () URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () ACIDENTE DE TRABALHO () ACIDENTE DE TRANSITO					
ACOLHIMENTO EM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:					
QUEIXAS	<u>Doença de sangue deixa de ser normal</u>				
ANTECEDENTES ALÉRGICOS	<u>—</u>				
HAS () ÓM () ASSINATURA	CLASSIFICAÇÃO				
ANAMNSE	<u>—</u>				
EXAME FÍSICO	PESO <u>—</u>	TEMPERATURA <u>—</u>	C° F.C. <u>—</u>	PA <u>110x90</u> MMHG FR <u>—</u>	HGT <u>—</u>
CONDUTA () MEDIDA	() OBSERVAÇÃO		() LAUDO PARA AIH		
<u>Urgência de sangue deixa de ser normal</u>		<u>—</u>		<u>17:08</u>	
PROTÓCOLO RECEBIDO					
29 AGO 2019					
HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO			TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.		CID <u>—</u>
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS () LABORATÓRIO () RADILOGIA () ECG () OUTROS					MÉDICO <u>Carimbol/Assinatura</u>
SAÍDA DATA/HORA / / AS :		() ALIA REFERIDA PARA IBS () ÓBITO			
() OUTRA UNIDADE DE URGÊNCIA		() ESPECIALIDADE		() INTERNAÇÃO HOSPITALAR	