

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: 10/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIVANO FARIAS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00128-7

CONTA: 000000033388-3

Nr. da Autenticação A029D0B7DB571A21

Auto
declaratório

COD(178723)

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ - UHRS
Fazenda do Parímetro, Ingaçu, RN - Pólo VI - Caicó/RN
CEP: 59.160-001 - Tel: (84) 3431-9628
pLNP: (MF): 08.241.754/0135-57

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA		HORA DA ENTRADA		Nº ATENDIMENTO	
↓		02/02/2018		10:00H		81	
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível							
NOME		DATA DE NASCIMENTO		IDADE		SEXO	
LUCIVANO FAMA 22 SILVA		02.11.1985		32 A		M	
CPF		RG		DATA DE EXPEDIÇÃO			
047.005.364.03		2.268.235		15.01.2016			
NATURALIDADE		ESTADO CIVIL		PROFISSÃO		CARTÃO SUS	
CAICÓ - RN		D. ESTAVA		DIADONIMO		704120424568280	
NOME DA MÃE		NOME DO PAI		BAIRRO			
SÔNIA M. FAMA 22 SILVA		JOSE LOPEZ 22 SILVA		1308 MOSMOCO II			
ENDEREÇO		CIDADE/ESTADO		TELEFONE DE CONTATO		RAÇA/COR	
RUA. JOÃO CAIO FILHO 188		CAICÓ - RN					
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS							
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde							
PA	mmHg	FC	bpm	FR	lpm	TEMP. AXILAR	°C
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO							
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista							
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO				ESCORE DE GLASSGOW			
↑				↑			

Confere com o Original
Caicó - RN, 29/11/2018

ARUANA SEGURODORA

29 NOV 2018

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

Rx do pñ e sangue D em APL

CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

dicasteron 5m
11:15Dr. Irami Araújo
Médico
CRM 122.874
CPF 050.67.111-00

MÉDICO PLANTONISTA/CRM

RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN

CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE

Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem

MOTIVO DA SAÍDA

- ☐ ALTA MÉDICA
☐ EVASÃO
☐ RECUSA DO TRATAMENTO
☐ ÓBITO

REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE DESTINO: _____

DATA: ____/____/____ HORA DA SAÍDA: ____

Confere com o Or i al

Caico - RN,



747.95278



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241.754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM TRAUMA E ORTÓPEDIA

DATA DO ATENDIMENTO: 04/05/18 INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: _____
PACIENTE: Lucivano Fariás da Silva DN: 02/11/18
RG: 002 268 235 CPF: 047 005 364-03 SUS: 704 2047 4568 788
ESTADO CIVIL: União Estável SEXO: M IDADE: _____ TELEFONE: 9. (91) 9.9160
PAI: José Lopes da Silva MÃE: Bonina Maria Fariás da Silva
ENDERÇO: R. João Capei Filho Nº 788
BAIRRO: Boa Barragem CIDADE: Caicó UF: _____
MÉDICO: _____
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: [Assinatura]

LAUDO MÉDICO

PRINCIPAIS SINAIS CLÍNICOS:

Fr. fratura hál. Dextra no terço an. mediano

PRINCIPAIS RESULTADOS DA PROVA DIAGNÓSTICA:

EF + R +

ARUANA SEGURODORA
29 NOV 2018

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Fr. TNZ D

PROCEDIMENTO INDICADO:

(mobilização)

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO:

CID: _____

CODIGOSIA/SUS: 03.03.09.020-0

EQUIPE MÉDICA:

CIRÚRGIO: Dr. Handerson Araújo

CRM: _____

AUXILIAR: _____

CRM: _____

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE: _____

CRM: _____

AUDITOR: _____



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
HOSPITAL MUNICIPAL NORBERTO ÂNGELO PEREIRA
Avenida José Aquiles de Sousa, S. Nº
FRONTEIRAS, PI

CLIENTE: _____

Data: ____/____/____

Carimbo e Assinatura

Av. José Aquiles de Sousa, S. Nº - Bairro Alto Alegre - Tel. (89) 3454-1152





Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Retrada do Perimetro Imigração Sabugá s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MS): 08.241754/0135-57 - Telefones (0**84) 3421-9030, e 9528

RECEITUÁRIO

Unidade Farmácia em Saúde

01 Flacidez 500mg 100ml 01x

02 Flacidez 500mg 100ml 03x

Unidade Farmácia em Saúde

Unidade 24.04.18 a 15.00

Receita 01 em geral no retorno

ARUANA SEGURODORA

29 NOV 2018

Geno Simatelo D Lase

Intero 04.06.18 a 05.00

Rx TNZ D AP+P in geno

no intero

21.05.18





Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Povoado Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (ME): 08.241754/0135-57 - Telefons: (0**84) 3-423-9630, e 9628

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado Universo Farias da Silva foi
examinado nesta Unidade Hospitalar Regional do Seridó, às _____ horas, necessitando
de 30 (trinta) dias de afastamento do trabalho por motivo de moléstia no CID com
Nº 5826 a partir desta data.

Caicó RN, 21/05/18.



Assinatura do Médico-CRM

ARUANA SEGURODORA

29 NOV 2018

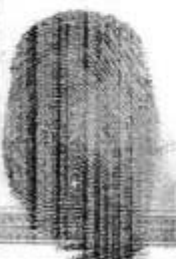
99663-2322

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO



AMAPULA B. DANTAS CARDOSO

BOLETA DE IDENTIDADE



MINISTERIO DA FAZENDA
Recarga Federal

CPF

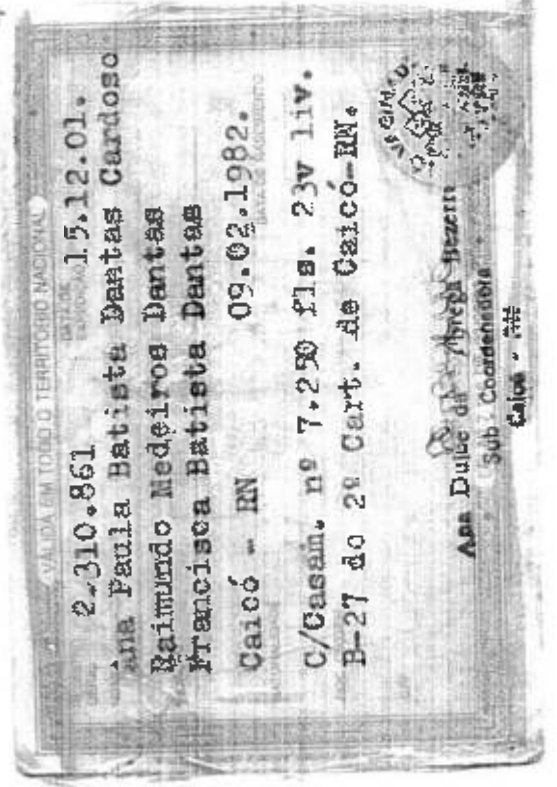
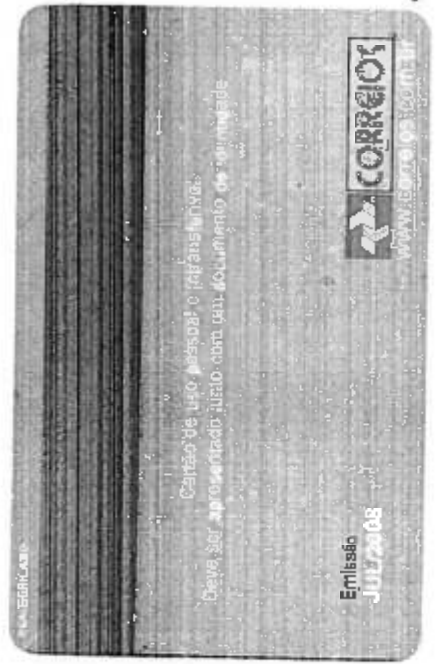
Registro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

Nome

Nascimento



ARUANA SEGURODORA
29 NOV 2018





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **060.394.124-96**

Nome: **ANA PAULA BATISTA DANTAS**

Data de Nascimento: **09/02/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **26/06/2003**

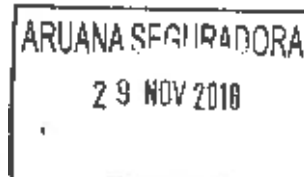
Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:05:20** do dia **05/06/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **9CF7.AFC1.77E6.6BEE**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180562153 **Cidade:** Fronteiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIVANO FARIAS DA SILVA **Data do acidente:** 02/05/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **LUCIVANO FARIAS DA SILVA**

DATA DO ACIDENTE **01.05.2018** CPF DA VÍTIMA **047.005.364-03**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO **ANA PAULA BATISTA DANTAS CARDOSO**

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () REPRESENTANTE LEGAL () BENEFICIÁRIO, CUIJO PARENTESCO COM A VÍTIMA () **PROCURADORA**

ENDEREÇO DO PORTADOR **Rua Presidente João Café Filho**

Nº **186** COMPLEMENTO **CAICÓ** BAIRRO **BOA PASSAGEM**

CIDADE **CAICÓ** UF **RN** CEP **59300-000**

E-MAIL **CAICOSEGUROS@GMAIL.COM**

TELEFONE **(84) 99801-5199**

RUANA SEGURADORA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO <
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
 - DESPESAS MÉDICAS (DAM) = ATÉ R\$ 3.700,00 (REEMBOLSO)
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS AO LADO, NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800-022.1204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO OU, CERTIDÃO DO NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO BENEFICIÁRIO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO CAJAVÉRIO (IML) OU CERTIDÃO DO AITO DE NEÓPSIA, SE POR O CASO (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ ATUALIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL; PARA CADA BENEFICIÁRIO COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, MAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS)
 - ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DO NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DOCUMENTOS DO CONJUGUE (MARIDO OU MULHER)
 - ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/07/2006: DECLARAÇÃO (ORIGINAL), INFORMANDO LISTAR O CONJUGUE CASADO COM A VÍTIMA ATÉ A DATA DE FALCIMENTO, SEM COMO SE A VÍTIMA DEIXOU OU NÃO FILHOS
- DOCUMENTOS DA COMPANHEIRA (A)
 - ☐ PROVA DE COMPANHURISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A SEPARAÇÃO, SE POR O CASO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/07/2006: DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
- DOCUMENTOS DO COMPANHEIRO(A) E CONJUGUE
 - ☐ PROVA DE COMPANHURISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO, COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CONJUGUE (MARIDO OU MULHER)
 - ☐ TÍTULO DE CONJUGAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANH(E)IRO(A) E O CONJUGUE (MARIDO OU MULHER)
- DOCUMENTOS DO(A) FILHO(A) OU NETO(A) DA VÍTIMA
 - ☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
- DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÔ(Á) DA VÍTIMA
 - ☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
- DOCUMENTOS DO IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VÍTIMA
 - ☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
 - ☐ CERTIDÃO DE CRITO DOS PAIS DA VÍTIMA (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 - ☐ CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE POR O CASO (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA **29/11/2018**

IDENTIDADE **2310861**

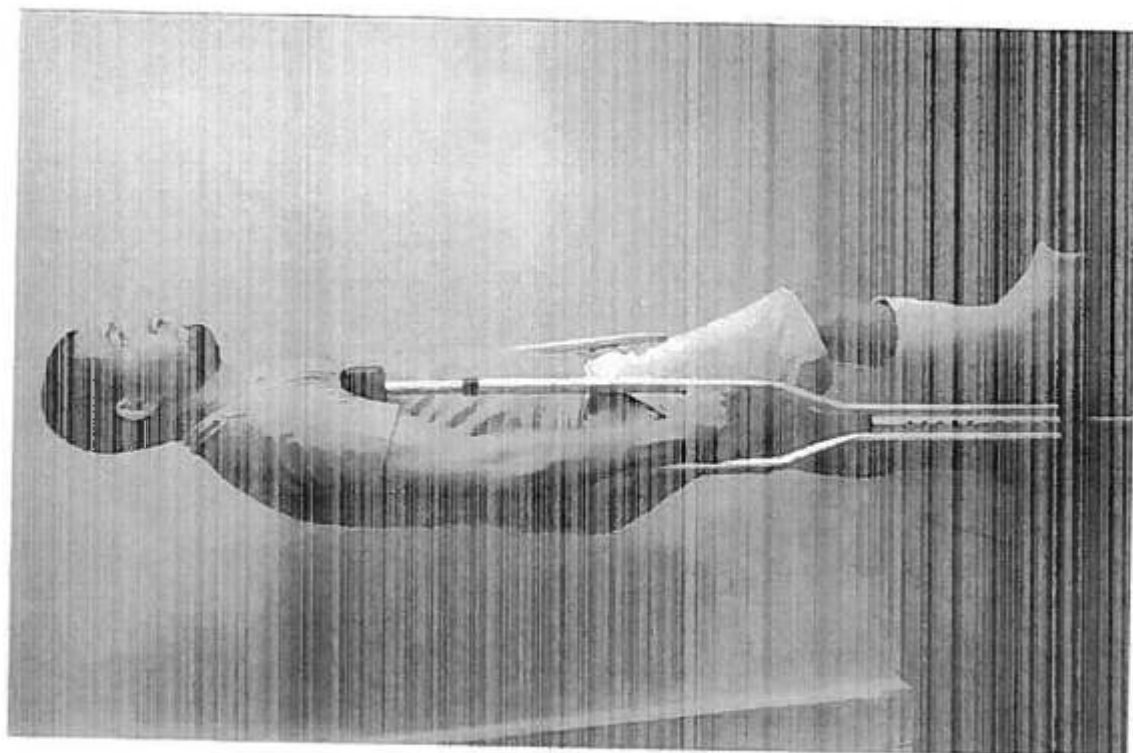
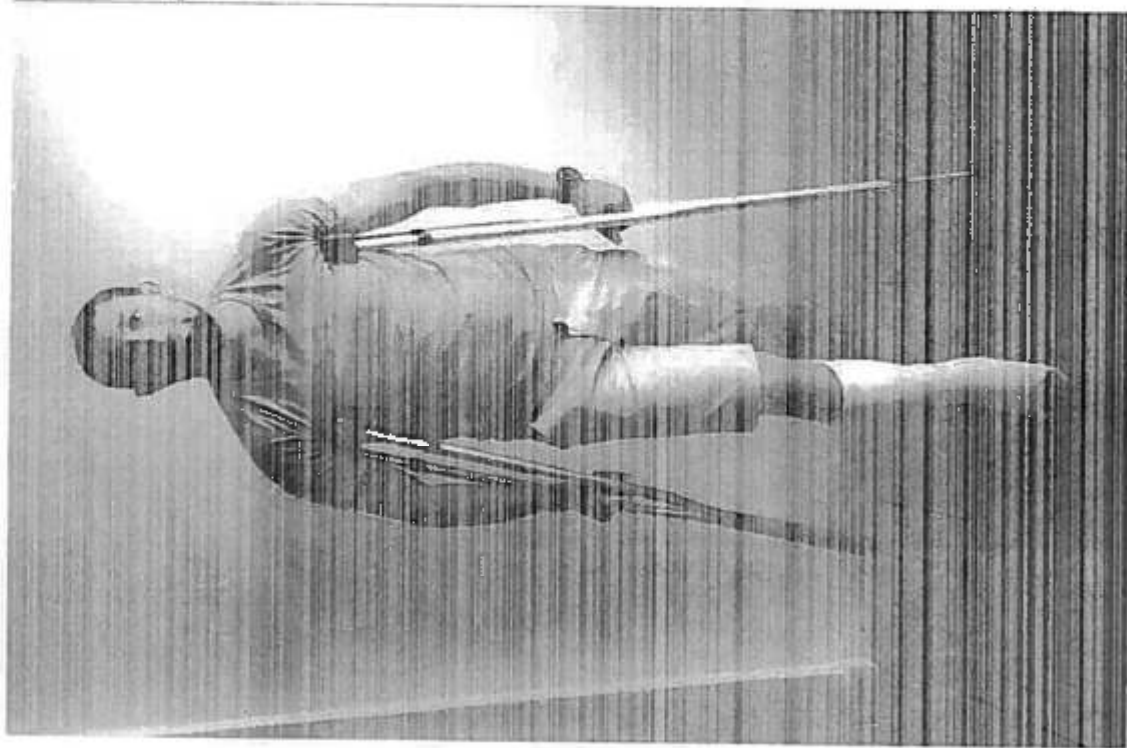
ASSINATURA **Ana Paula Batista**
Dantas Cardoso

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA **29/11/2018**

NOME **Árciole Soares**

ASSINATURA **Árciole Soares**



ARUANA SEGURODORA
29 NOV 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 047.005.364-03	Nome completo da vítima Lucivano Farias da Silva
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo LUCIVANO FARIAS DA SILVA		CPF titular da conta 047.005.364-03	Profissão AUTÔNOMO
Endereço RUA PRESIDENTE JOÃO CAFÉ FILHO		Número 186	Complemento
Bairro BOA PASSAGEM	Cidade CAICÓ	Estado RN	CEP 59300-000
Email não informado		Telefone (DDD) 84-99663-2382	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

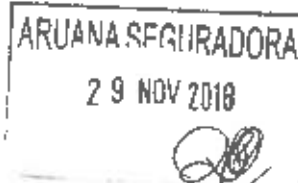
FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (343) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome BANCO DO BRASIL NRO 001	
AGÊNCIA NRO. 0128 (Informar dígito se existir)	DV 7 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 33.388 (Informar dígito se existir)	DV 3 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CAICÓ-RN, 15 de JUNHO de 2018

Local e Data



Lucivano Farias da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ARUANA SEGURODORA
29 NOV 2018



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE CAICÓ
Endereço: Av. Cel. Martiniano, 20, Jardim Sateélite, CAICÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J201812900473
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 22/05/2018 11:59:46
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 30/04/2018 17:00:00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Rural
2.8 Número: S/N
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: NÃO INFORMADO
2.14 Estado: PIAUI

2.2 Autoria: Conhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE FRONTEIRAS/PI COM A DIVISA COM O MUNICÍPIO DE CAMPOS SALES/CE
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência: ZONA RURAL
2.13 Cidade: FRONTEIRAS

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: LUCIVANO FARIAS DA SILVA
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Parda
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 04700536403
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: VENDEDOR(A)
3.15 Telefone(s): 91 991607523
3.17 Número: 188
3.19 Bairro: BOA PASSAGEM
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: CAICÓ

3.2 Estado civil: União Estável
3.4 Pai: JOSE LOPES DA SILVA
3.6 Mãe: SONIA MARIA FARIAS DA SILVA
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 02/11/1985
3.14 RG: 002286235 - ITEP/RN
3.16 Passaporte:
3.18 Nacionalidade: CAICÓ RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: RUA JOÃO CAFÉ FILHO
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

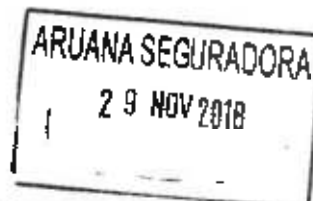
5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.3 Chassi:
7.1.5 Placa: QGB9105
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2015
7.1.11 Cor do veículo: PRETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: JOSE FRANCISCO MAIA
7.1.17 Nome do condutor:
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam:
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.8 Modelo: NXR160 BROS ESD
7.1.10 Ano de Fabricação: 2014
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:



8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE VEIO ATÉ A ESTA DELEGACIA INFORMAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO; QUE, A VÍTIMA VINHA TRAFEGANDO NA ZONA RURAL DA CIDADE DE FRONTEIRAS NO ESTADO DO PIAUI NA MOTOCICLETA DESCRIMINADA NESTE BOLETIM; QUE, O DECLARANTE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA NO LOCAL DO FATO MENCIONADO NESTE BOLETIM VINDO A CAIR E QUEBRAR O TORNOZELO DIREITO; QUE, O PRÓPRIO DECLARANTE SE DESLOCOU ATÉ CIDADE DE FRONTEIRAS ONDE FICOU E TOMOU UMA INJEÇÃO NO HOSPITAL DA CIDADE, NÃO RECEBENDO NENHUM PRONTUÁRIO DESTE HOSPITAL; QUE, NO OUTRO DIA FOI PARA A CIDADE DE CAICÓ/RN ONDE MORA indo PARA O HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ EM CAICÓ/RN NO DIA 04/05/2018, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS PELO DR. HANDERSON ARAÚJO, CRM 6293-RN, ORTOPEDISTA; QUE, A VÍTIMA FOI SUBMETIDO A TIRAR DOIS RAIOS X DO TORNOZELO, E FOI CONSTATADO QUE O MESMO QUEBROU O TORNOZELO DIREITO; QUE, O MÉDICO RECEITUOU AINDA MEDICAMENTOS PARA A VÍTIMA; QUE, ESSE BOLETIM VISA O RECEBIMENTO DO SEGURO DPVAT, PARA AS PROVIDÊNCIAS LEGAIS FINALIZA A PRESENTE OCORRÊNCIA.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 30/05/2018
Usuário: 2201321 - ALEXANDRE WAGNER DE CARVALHO PEREIRA
Complemento: QUE O DECLARANTE DEU ENTRADA NO HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ EM CAICÓ/RN NO DIA 02/05/2018.

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 22/05/2018 11:59:46

Policial

Interessado



Auto
declaratório

000(178723)

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ - UHRS
Estrada do Parâmetro Irigado S/nº, SN - Paulo VI - Caetés/RN
CRP: 59.300-360 - Telefax: (84) 3421-0628
PCNP: (MF): 08241.754/0135-57

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA		HORA DA ENTRADA		Nº ATENDIMENTO	
DINAMIO		02/02/2018		10:00H		81	
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível							
NOME		DATA DE NASCIMENTO		IDADE		SEXO	
LUCIVANO FERNANDES DA SILVA		02.11.1985		39 A		M	
CPF		RG		DATA DE EXPEDIÇÃO			
042.005-364.03		2.268.235		15.01.2016			
NATURALIDADE		ESTADO CIVIL		PROFISSÃO		CARTÃO SUS	
CAICÓ - RN		L. ESTADAL		DINAMIO		704 2042 4568 288	
NOME DA MÃE		NOME DO PAI		CARTÃO SUS			
SÔNIA M. FERNANDES DA SILVA		JOSE LOPES DA SILVA		704 2042 4568 288			
ENDEREÇO		CIDADE/ESTADO		BAIRRO			
RUA. JOÃO COELHO FILHO, 188		CAICÓ - RN		30A PARRAMA			
TELEFONE DE CONTATO		RAÇA/COR					
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS							
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde							
PA	mmHg	FC	bpm	FR	lpm	TEMP. AXILAR	°C
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO							
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista							
transmitido no pé e tornozelo D. 1 semana por queda na DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO ESCORE DE GLASGOW							

Confere com o Original
Caico - RN, 29/11/2018

ARUANA SEGURADORA

29 NOV 2018

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

Px do p^{te} e laudos D e A P e L

CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

decatizar 5m
10:15

Dr. Irami Araújo
Médico
CRM 122.874
CPF 056.67.111-00

MÉDICO PLANTONISTA/CRM

RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN

CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE

Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem

MOTIVO DA SAÍDA

- () ALTA MÉDICA
- () EVASÃO
- () RECUSA DO TRATAMENTO
- () ÓBITO

REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE DESTINO: _____

DATA: ____/____/____ HORA DA SAÍDA: ____



Confere com o Or i al
Caicó - RN, _____