

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAI NESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

para todo o período

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL, 20/11/18

MAT. Nº.

SAME

ASSINATURA

Dr. Genival Fernandes dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5547
Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Dr. Genival Fernandes dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5547
Assinatura e Carimbo do Responsável

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação.

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confunde com a resposta de uma pessoa adormecida, pois esta faria sempre 2, ao não 3)	3
Olhos se abrem por estímulos dolorosos	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e espontaneamente às perguntas sobre hora, lugar, situação pessoal, etc., e pergunta a você o que é)	5
Consciente (Responde às perguntas corretamente, mas não algumas desorientado e confuso)	4
Entende a linguagem (Fala solitária, mas sem troca com o interlocutor)	3
Bom indagação (Só responde com palavras soltas)	2
Arreato	1
Não pode responder nenhuma palavra	0
Obedece a ordens simples. (Não confunde simples quando vive é ordenando.)	6
Localiza os membros dolorosos.	5
Resposta inspecífica a dor -	4
Resposta flexão do	3
Resposta extensão do	2
Bem resposta motoras.	1
Total	

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15	= 3
	9-12	= 2
	6-8	= 1
	4-5	= 0
	3	= 0
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20	= 4
	>20	= 3
	8-9	= 2
	1-5	= 1
	0	= 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90	= 4
	70-90	= 3
	50-70	= 2
	1-50	= 1
	0	= 0

^aEscola de Treinamento Brasileiro (ETB) - Como instrutor de sobrevivência para sobreviventes de aeronaves decedidas. Referência: Adaptado de Champion H.S. Secoço FEA Copas, 1981; A revision of the Training course of Training 2011-2012, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATE 2005)

03 - 00-группа (неосуществлено до
введения в действие):
00-14-группа;
14-15-группа

* Reference: TEASDALE G., JENNET, B.
Assessment of coma and impaired
consciousness, A practical scale. Lancet
1974;2:81-84

4. A escola possibilita aplicação de diversos projetos e que colaboram com o processo de ensino e aprendizagem, na Escola Quilombola, o ensino de matemática é desenvolvido em continuidade de sua prática pedagógica com os seguintes adjetivos:

SEM COR	LEVE	Moderada	Intensa	PP P.O
3	1	2	3	

CD: 260223542

HOSPITAL MONSENHOR WÁLFREDO GURGEL
Identificação da FIA

Nº FIA: 10348 /2018

Prontuário: 1176511

Paciente: 96222 - JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

Cartão SUS: 700506959931959

CPF:

Dt Nasc: 21/03/1989

Idade: 29 anos 6 meses 19 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: FRANCISCA DOS NAVEGANTES DA SILVA

Nome do pai: IVANILSON DAMIAO DA SILVA

Rua/Av: PROJETADA

Nº: 30

Complemento: CONJUNTO MANOEL PEDRO

Bairro: CENTRO

CEP: 59530000

Cidade: PEDRO AVELINO

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1002

Telefone: 84 992116999 84 992116999

Responsável: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA -

Usuário: ROZANGELA MARIA DE LIMA

Admissão: 09/10/2018 10:41:48

Alta:

Óbito:

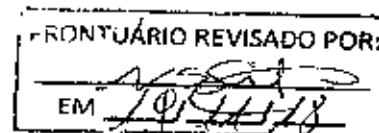
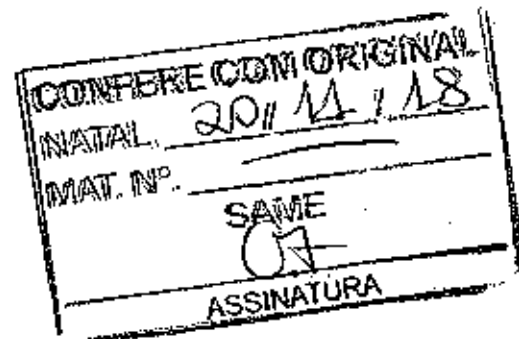
Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.7 - FRATURAS MÚLTIPLAS DA PERNA

Procedimento da Internação: 408050500 - @FIA_DS_SSM@

OBSERVAÇÕES:

*Destinado ao SAME



10



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome: JOSILDEDO DOS NAVEGANTES DA SILVA

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

Hora:

FUTURO PROPRIO 90S
OSTEO A PRIMA (7)
SEM DOUTOR OU
NO RIO.

Dr. Leonardo S. Correia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Coluna
REG. 10314 CRM 4547

CONFERE COM ORIGINAL	
NATAL	20/11/18
MAT. Nº	
SAME	
[Signature]	
ASSINATURA	

NOME <i>João da Nogueira</i> ID: <i>925</i>		GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
REGISTRO	D. NASCIMENTO	HORÁRIO / ASSINATURA			
DATA <i>10/10/11</i>	PRESCRIÇÃO				
1					
2	<i>Diet - livre</i>				
3	<i>Dipirona 40 gotas 10 6/6h</i>	<i>12</i>	<i>18</i>	<i>24</i>	<i>06</i>
4	<i>Tramadol 50 10 8/8h</i>	<i>14</i>	<i>20</i>	<i>06</i>	
5	<i>Hydramor 5000 pc 12/24h</i>	<i>18</i>		<i>06</i>	
6	<i>Pantidina 150 10 12/24h</i>		<i>18</i>		<i>06</i>
7	<i>SW 1000g</i>				
8					
9					
10					
11					
12					
13	<i>Medicamento de acordo com prescrição</i>				
14	<i>de quitação de dívida</i>				
15	<i>ADM e profissões de direito OK</i>				

ANEXO ANEXO
CRM 1439

CONFEE COM ORIGINAL
NATAL 20 11/11/11

MAT. Nº
SABE
ASSINATURA



GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado de Saúde Pública
Hospital Monsenhor João Gurgel
Pronto Socorro Clóvis SarinhoFICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: ORTOPEDIA Leito: 925 UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 09/10/18 Alta: 1/11/18
Nome: José Elide dos Navegantes da Silva Naturalidade: Norte
Idade: 29 Sexo: () Masculino (X) Feminino Data de Nascimento: 21/10/1989
RG: 002.825.0366 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: _____
Filiação: Pai: Iranilson Damasceno da Silva
Mãe: Francisca dos Navegantes da Silva
Endereço: R. Projeteira, 31 - Conjunto Manoel Pedro Cidade: Paraná Avelema
Telefone: 99211-6999 (Companheiro) () Residencial () Trabalho () Re
Contato: _____ Outros telefones: _____
Composição familiar: paciente reside com companheiro e 03 filhos
Outras informações: Faz uso de (X) Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação

Previdenciária COM ORIGINAL

Atividade desenvolvida: autônoma Trabalho/vínculo empregatício: (X) Não ()
() Aposentado () Auxílio doença () BPC (X) Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () SACAPs () SAD
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa: SAIA

Forma de Acesso ao Serviço

ASSINATURA

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública () Outros meios _____
(X) Encaminhado: Hospital de origem: Paraná Avelema

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: José de Souza Gomes
Parentesco: Companheiro Telefone: 99211-6999
Endereço do Responsável: a mesma

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente vítima de queda de moto, com trauma
na região MTP, internada pela ortopedia e aguardando
procedimento cirúrgico. Paciente gestante, acompanhada
pelo Sr. José de Souza Gomes, que foi orientado sobre os
procedimentos. Saída: Estância Petrópolis

Óbito: Encaminhamento: ITP () SVO () DO () Obs: CRSS 859
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO AVELINO - RN

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua: Projétil 5/N - Conjunto COHAB - Pedro Avelino/RN
CNPJ: 11.879.812/0001-75 - Email: smspedroavelino@rn.gov.br

RÉCEITUÁRIO

NOME: Joiceide dos Navegantes

ENDEREÇO:

ENCAMINHAMENTO PONTAUMA

Paciente sonopositiva, vítima de queda de moto, estava alcoolizada e sem capacete, nega trauma em crânio e perda de consciência, apresentando dor e deformidade em mmil direito.

Consciente, orientada, vigil, eupneica, normoconada, desidratada (+14%).

Administrado: Difenona + Tilatil Comp (EV - o lamp).

Dra. Rafaelle Aquino
MÉDICA
CRM-RN 9168

09/10/18

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: 20/11/18
MAT. Nº. _____
SAME
CA
ASSINATURA



Id. Paciente: 56573/2018

Data Exame: 13/10/2018 08:11:30

Técnico: IVANILDO

Paciente: JOSICLEIDE DOS NAVECANES DA SILVA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GÜRGE

Idade: 29 ano(s)

PERNA AP/
58,4 %



LEI Nº 7.116 DE 05/03/83

ASSISTÊNCIA DO DETON

1ª VIA

CPF: 002.823.566

DATA DE NASCIMENTO: 21/03/1989

NATAL - RN

CERT. DE NASCIMENTO L-4302 F-266 RB-158542

NATAL - RN - UNICID CASTELO

FRANCISCA DOS NAVEGANTES DA SILVA

IVANILSON DAMIÃO DA SILVA

JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

21/07/2006

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Cartão de uso pessoal e intransferível.

Deve ser apresentado junto com um documento de identificação.

Banco Brasil

CARTÃO

POLEMAN DEPTO

SEÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria de Receita Federal

CPF

085 345



LEI Nº 7.116 DE 05/03/83

ASSISTÊNCIA DO DETON

1ª VIA

CPF: 002.823.566

DATA DE NASCIMENTO: 21/03/1989

NATAL - RN

CERT. DE NASCIMENTO L-4302 F-266 RB-158542

NATAL - RN - UNICID CASTELO

FRANCISCA DOS NAVEGANTES DA SILVA

IVANILSON DAMIÃO DA SILVA

JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

21/07/2006

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Cartão de uso pessoal e intransferível.

Deve ser apresentado junto com um documento de identificação.

Banco Brasil

CARTÃO

POLEMAN DEPTO

SEÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria de Receita Federal

CPF

085 345

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - RN 5962/0112
CE DO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
250303094 2011

EDUARDO FERNANDA DA SILVA

048.601.464-92

9C2JC4110AR064202

PASSEIROS/NOTICIEIRA/RAU/PIE/ENVEVE CASOLINA

RONDA/CS 125 FAN RS 2010 2010

RCR/124 CILINDRADAS PARTICULAR PRETA

1º R\$ 0 30/06/2011 1º PACO
2º R\$ 0 30/06/2011 2º PACO
3º R\$ 0 30/06/2011 3º PACO

MIN TAXAS DE TRANSPORTE DE PASSAG. DE FRETAMENTO

ALIE. FID. EN FAVOR DE: 59.265.411/0001-13

BANCO PANAMERICANO S/A

MOTOR: 124 CILINDRADAS

MACAIBA/RN 30/06/2011

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

RN Nº 9328118811 BILHETE DE SEGURO DPVAT

048.601.464-92

BILHETE DE SEGURO DPVAT

RN Nº 9328118811

048.601.464-92

RONDA/CS 125 FAN RS

9C2JC4110AR064202

PRÊMIO TARIFARIO

125 FAN RS

9C2JC4110AR064202

PRÊMIO TARIFARIO

125 FAN RS

9C2JC4110AR064202

PRÊMIO TARIFARIO

125 FAN RS

9C2JC4110AR064202

PRÊMIO TARIFARIO

125 FAN RS

9C2JC4110AR064202

PRÊMIO TARIFARIO

125 FAN RS

9C2JC4110AR064202

PRÊMIO TARIFARIO

125 FAN RS

9C2JC4110AR064202

PRÊMIO TARIFARIO

125 FAN RS

9C2JC4110AR064202

PRÊMIO TARIFARIO

125 FAN RS

9C2JC4110AR064202

PRÊMIO TARIFARIO

125 FAN RS

9C2JC4110AR064202

PRÊMIO TARIFARIO

125 FAN RS

9C2JC4110AR064202

PRÊMIO TARIFARIO

125 FAN RS

9C2JC4110AR064202

PRÊMIO TARIFARIO

125 FAN RS

9C2JC4110AR064202

PRÊMIO TARIFARIO

125 FAN RS

9C2JC4110AR064202

PRÊMIO TARIFARIO

0001



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180580/19

Vítima: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

CPF: 085.345.714-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/10/2018

Titular do CPF: JOSICLEIDE DOS
NAVEGANTES DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA : 085.345.714-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/05/2019
Nome: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA
CPF: 085.345.714-06

JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva



2 Correios REGISTRADO URGENTE		PESO (kg)
registered priority		max
Recebedor		
Assinatura		
Doc.		
		☐ AR ☐ MP
		FECHURA

JT 78324741 0 BR

DESTINATÁRIO: Seguradora Líder - DPVAT
Rua Senador Dantas, 74, 15º andar,
Centro,

Rio de Janeiro RJ - CEP: 200031-205

REMETENTE: família dos Nogueiras da Silva
Rua Manoel Pedro da Silva, 21, Centro
Petrópolis - RJ - CEP: 59.530-000.

DESTINATÁRIO: Seguradora Líder - DPVAT
Rua Senador Dantas, 74, 15º andar,
Centro,
Rio de Janeiro / RJ - CEP: 200031-205



Correios		REGISTRADO URGENTE registered priority	PESO (kg) weight
Recebedor			☐ AR ☐ MP
Assinatura	Doc.		

JT 78324741 0 BR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180580/19

Vítima: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

CPF: 085.345.714-06

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 09/10/2018

Titular do CPF: JOSICLEIDE DOS
NAVEGANTES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA : 085.345.714-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/05/2019
Nome: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA
CPF: 085.345.714-06

JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190350067

Vítima: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

Data do Acidente: 09/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190350067

Vítima: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

Data do Acidente: 09/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Isidoreide dos Navegantes da Silva

CPF:

085.345.714-06

Profissão:

Seguradora

Endereço:

R. Manoel Pedro da Silva

Número:

31

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Pedro Avelino

Estado:

RN

CEP:

59.530-000

E-mail:

Tel.(DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1044

8

CONTA:

0026389

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grão de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (val nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:

Natal, 13 de maio

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Isidoreide dos Navegantes da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

RECEBIDO

27 MAI 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE PEDRO AVELINO

Endereço: Praça Garibaldi Alves, 274, Centro, PEDRO AVELINO, FONE/FAX: 35342216

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019210000056

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 17/04/2019 10:52:08

1.4 Ligou CIOSP: Não

Seguradora Lidet DPVAT

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 09/10/2018 04:30:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Rural

2.8 Número: 0000

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: ESTRADA QUE LIGA PEDRO AVELINO A AFONSO BEZERRA RN 263

2.9 CEP: 59.530-000

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: PEDRO AVELINO

Boletim de ocorrência



3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: FEMININO

3.9 CPF: 06534571406

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: DO LAR

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 0003

3.19 Bairro: CONJUNTO MANOEL PEDRO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: PEDRO AVELINO

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: IVANILSON DAMIAO DA SILVA

3.6 Mãe: FRANCISCA DOS NAVEGANTES DA SILVA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 21/03/1989

3.14 RG: 002825366 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: NATAL - RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA MANOEL PEDRO DA SILVA

3.24 CEP: 59530000

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 Seguradora: Não

7.1.3 Chassi: *****66202

7.1.5 Placa: NNX6417

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2010

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: RONALDO FERREIRA DA SILVA

7.1.17 Nome do condutor: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

7.1.18 Observações: FRATURA NA TIBIA.

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 250303094

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS

7.1.10 Ano de Fabricação: 2010

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

A DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUANDO VINHA NA RN 263, PERDEU O CONTROLE SE ENCADEANDO COM UM FAROL DE UM VEÍCULO, DESCENDO O ATERRO E SE ACIDENTANDO.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO DO B.O. E ENCAMINHADO AO CARTÓRIO PARA PROVIDÊNCIAS.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 17/04/2019 10:52:08

Policial

Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1683462 - ALAIN DELON LINHARES

Impresso por: 1683462 - ALAIN DELON LINHARES em 17/04/2019 10:53:57

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



SESAP/RN HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 52270 /2018

Admissão: 09/10/2018 09:33:58

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 96222 - JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA (29 a 6 m 19 d)

Nascimento: 21/03/1989 Natural: NATAL BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 700506959931959

CPF:

Prof:

Mãe: FRANCISCA DOS NAVEGANTES DA SILVA

Pai: IVANILSON DAMIAO DA SILVA

Logradouro: PROJETADA, 30

CEP: 59530000

Bairro: CENTRO

Cidade: PEDRO AVELINO

Telefone: 84 992116999

Compl: CONJUNTO MANOEL PEDRO

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. INTERIOR

Ido: REFERENCIADO

Empresa:

Fluxograma:

OBS:

Discriminador:

Classificação: 09/10/2018 09:28:27

HORA	P.A.	HGT	SatO2	SpO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

Comprovação de ato declaratório



HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: DEFORMIDADE EM MMIIID POS QUEDA DE MOTO.

Hora: 9:38

Paciente de entrada na unidade após queda de moto na rua. Relato de uma queda de moto. Não impedido em altura, dor cervical, vômitos ou náuseas. Queixa de dor em MMIIID. Paciente está gestante e climatizada (sic).

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Sinais vitais: normais, sem dor cervical e mobilização ativa e passiva.
- B Respiração espontânea, MV 20, simétrica, al PA.
- C Pulso com 90, RCR 2T, BNF, al PA.
- D Coluna L5, membros inferiores e membros superiores.
- E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Pulso arterial.

ADD: Plano, tórax, abdome, e membros

Assinatura

Assinatura

9/10/18 10:10/18

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS) NegM(MEDICAÇÃO EM USO) NegP(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) NegL(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) jejum desde acordarA(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) NegV (PASSADO VACINAL) Desconhece, disse, vacina do tétano há 03 anos.

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx de punha e tornozelo direito AP e
perfil.

OBS: unhas protegidas por gaze.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMARIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dra. Ana Cecília Matias
MÉDICA
CRM-RN 9164Dra. Ana Cecília Matias
MÉDICA
CRM-RN 9164
+ A. HugoPaciente em quimioterapia oncológica,
com conduta de suporte por compressa gelada

Ex tornozelo D.

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

ORTODONTIA

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

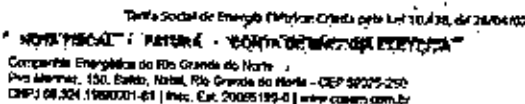
ÓBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S. () ITEP

Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



ENCARGOS DA UNIDADE CONTRATO Nº 14.124/2014

[illegible]

7008071920 12/2017

DATA DE VENCIMENTO	DATA DE RECEBIMENTO DA LETRA
13/12/2017	05/01/2018

23:00

TOTAL CHARGE \$ 23.00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

[illegible][illegible][illegible]

1. *Adaptation to the environment*

... ..

$\mathbf{A} = \begin{bmatrix} 1 & 2 & 3 \\ 2 & 3 & 4 \\ 3 & 4 & 5 \end{bmatrix}$

Atuação e Formação dos Psicólogos 11

COMPETITA	VALOR RECEBIDA MATERIAL	LIMITE MATERIAL	LIMITE TENDREZ	LIMITE JUNIOR	TENDREZ MATERIAL (1)	LIMITE DE MARCHAÇÃO (2)
-----------	-------------------------------	--------------------	-------------------	------------------	-------------------------	-------------------------

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190350067

Vítima: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

Data do Acidente: 09/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PREEXISTÊNCIA DE SINISTRO JUDICIAL

Senhor(a), JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

Após análise da documentação apresentada, verificamos a existência da ação judicial nº 08403096920198205001 (TJ/RN), proposta pelo(a) Sr(a). JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA, em andamento e ainda sem julgamento, referente ao mesmo pedido do Seguro DPVAT feito na via administrativa.

Desta forma, o pedido apresentado na via administrativa foi cancelado.

Informamos que a reabertura do seu pedido na via administrativa somente poderá ser realizada mediante a comprovação do encerramento definitivo da ação judicial sem julgamento do mérito.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

