

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: 13/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS AURELIO DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00758

CONTA: 000000026735-3

Nr. da Autenticação 7BEC0D92965EFE42

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170573121 **Cidade:** Caicó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS AURELIO DA SILVA **Data do acidente:** 24/05/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA
SANTOS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da extremidade distal do rádio direito.

Descrição do exame médico pericial: Presença de cicatriz cirúrgica de bom aspecto na face ventral e distal do punho direito de bom aspecto.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com colocação de placa e parafusos na extremidade distal do rádio direito, e fez fisioterapia
Complicações: dor residual, diminuição da força e discreto bloqueio dos movimentos do punho direito.

Sequelas permanentes: Limitação funcional leve do punho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/11/2017

Conduta mantida:

Observações: vítima apresenta sequela de grau leve e de caráter definitivo no punho direito, acarretando um deficit funcional no membro superior direito em torno de 25%.

Médico examinador: Silvio Santos

CRM do médico: 757

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Marcos Aurelio da Silva Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Coronel Totoinho, 290
Barra Nova - Caico - RN - CEP: 59300-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 1869177
Data local do exame: [08/11/2017] Caicó [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO EM 24/05/2017, E TEVE FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO DIREITO. PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA DE BOM ASPECTO NA FACE VENTRAL E DISTAL DO PUNHO DIREITO DE BOM ASPECTO.
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
ATUALMENTE EVOLUI REFERINDO SENTIR DOR QUANDO PEGA EM PESO NO PUNHO DIREITO E SENTE DIMINUIÇÃO DA FORÇA DA MÃO DIREITA. TEM DISCRETO BLOQUEIO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DA MÃO DIREITA.
Data da alta: 24/08/2017.
FOI TRATADO CIRURGICAMENTE COM COLOCAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS NA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO DIREITO, E FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: DOR RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA E DISCRETO BLOQUEIO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL E IMPOTÊNCIA LEVES NO PUNHO DIREITO.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> <p>() "Exame não permite conclusão"
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
PUNHO - Direito
% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
vítima apresenta sequela de grau leve e de caráter definitivo no punho direito, acarretando um deficit funcional no membro superior direito em torno de 25%.

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


MARCOS AURELIO DA SILVA SANTOS
Médico Perito Local
Cód. 18.0101-8
Mat. 0346588

Documentos de Identificacao

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
FICHA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

NOME: MARCOS AURELIO DA SILVA SANTOS

DOC. IDENTIFIC. / CND. Pessoa de: 1869177 ITPD PCH

CNPJ: 0755313.124-05 Data Nascimento: 24/07/1979

Relação: MANOEL NELSON DOS SANTOS
RILDA MARIA DA SILVA SANTOS

Permissão: [] MDC: [] CND: []

CPF: 04574764785 Validade: 21/11/2018 16/02/2009

Observação: NAB MOTOTAXISTA;
EXERCE ATIV. REMUNERADA;

Marcos Aurelio da Silva Santos

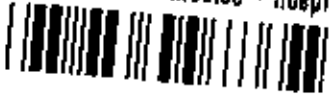
LOCAL: CAICÓ, RN Data Emissão: 14/03/2014

48496804375
RN701851437

892975097

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
19 OUT 2017
PROTOCOLO
AG. NATAL

Documentação médica - hospitalar



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERTÃO - UHRS
Cidade do Portinho, Jangadeiros, 505 - Paulo VI - Caicó/RN
CEP: 59.300-000 - Telefone: (84) 3421-9628
CNPJ: (ME): 06.241.756/0135-57

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA	HORA DA ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
		24/05/17	9:30h	55
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviações e de forma legível				
NOME		DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO
MARCAS AURELIAS DA SILVA SANTOS		24/07/79	38a	M
CNPJ	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO		
07571343403	1869177			
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	CARTÃO SUS	
União Europeia	casado		100100851524370	
NOME DA MÃE	NOME DO PAI			
Clara Maria da Silva Santos	Manoel Vilhete da Silva			
ENDEREÇO	BAIRRO			
Rua Portugal 290	Barro Branco			
CIDADE/ESTADO	TELEFONE DE CONTATO		RAÇA/COR	
Caicó/RN	44194857		P	
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS				
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA	mmHg	FC	bpm	FR
			TEMP. AXILAR	°C
			SpO2	%
			Glicemia	mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO				
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO				
Escalor de Glasgow				

Confere com o Original
Caicó - RN, 29 / 05 / 2017
Júlia Fátima de Medeiros



CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

Exão de exame D En APOL

CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

*Medicamento
10.11.14
17.11.14*

Exão por cataplexia

*Exão com cataplexia de sono com
para duração de 10 minutos*

Dr. Irami Araújo

Médico

CRM 822-RN

MÉDICO PLANTONISTA 0560 27 424-68

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: _____

*Controle com o Original
Calco - RN, 89 / 05 / 2014
Vigência 09 meses*

CPF 07531313405 / RG 1869177 EXP -



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO BERTÃO
Estrada do Portão Largo, 100 - Bairro Porto VI - CAICARA
CEP: 59.300-000 - Telef: (84) 3421-0630 / 3422 / 3423
CNPJ: (07): 02.241.754/0126-87

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masculino ☒ 1

Feminino ☐ 2

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA Nº, BARRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

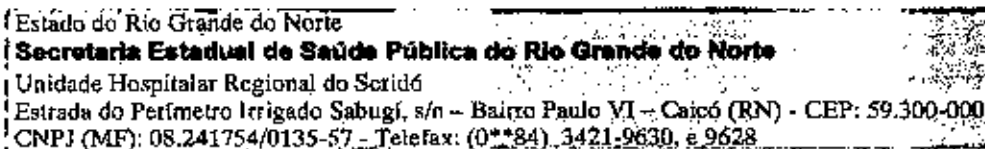
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

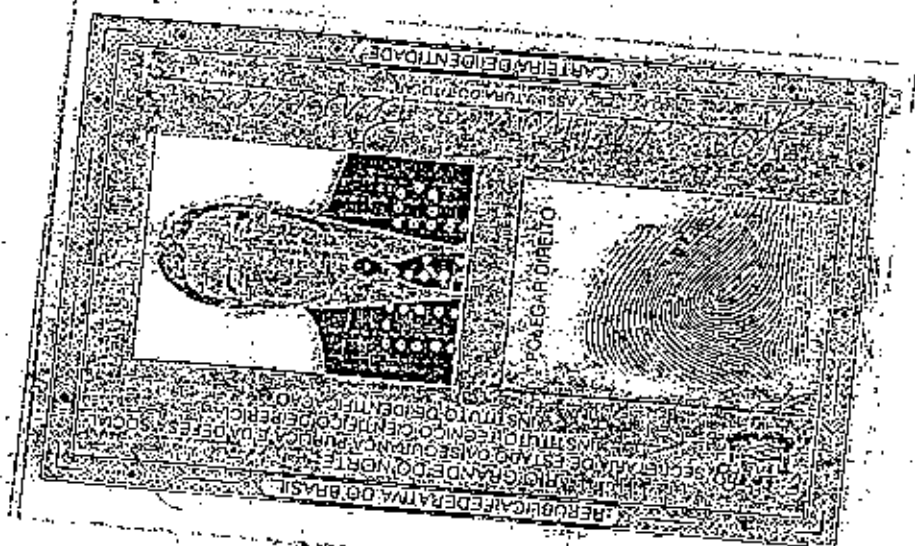
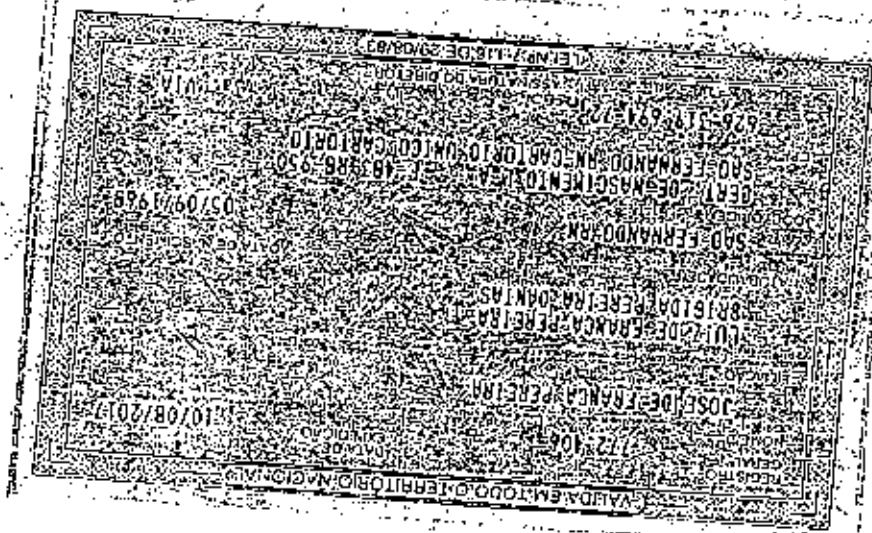
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



NOME DO PACIENTE:	Nº de Registro	Data Admissão
Marcos Aurelio de Silva Santa	021730	25/05/17

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
04/05/17	05:17	Paciente admitido: nota clínica cirúrgica para procedimentos cirúrgicos de punção. O mesmo encontra-se consciente, sem sinais vitais alterados, apnéia, anicticos, sem vômitos ou diarreia.	Dr. Luiz Kashi das Santos Especialista em Cirurgia Geral
25/05/17	14:10	Pet. submetida a 1ª cirurgia de pulmão de punção direita. Cirurgia de Síndrome de Chiari. Anest. Dr. Gabriel. Anest. Dr. Sérgio. Tel. Cirúrgica. Cid. Anestesia e Pré-e. Cerebral. e Cerebral. Questão: Glóbulos de Plexo + Sinal de	
06/05/17	06:10	Paciente admitido com 60% de lesão no pulmão direito. 1ª cirurgia de pulmão de punção direita. 2ª cirurgia de pulmão de punção direita. 3ª cirurgia de pulmão de punção direita.	
06/05/17	09:12	Paciente no 2º DH, está consciente, orientado, sem sinais vitais alterados (sem sinais de). Observados fenômenos parciais secundários, sem crises, no momento. Refere episódios de epilepsia, com melhora hj. Os cuidados com a paciente. Alta hospitalar.	Dr. C. Vitor Especialista em Epilepsia GONEN PERIN 112.431

Documentos de identificação



Autorização de pagamento

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



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 no ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

075.313.134-05

Marcos Aurélio da Silva Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Marcos Aurélio da Silva Santos		CPF titular da conta 075.313.134-05	Profissão Mototaxi
Endereço Rua: Coronel Totóinho		Número 290	Complemento casa
Bairro Barra Nova	Cidade Coicó/ RN	Estado RN	CEP 59.300-000
Email		Telefone (DDD) (94) 9.9919-4832	

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

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 POUANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

NRO. 0758

D/V

CONTA

NRO. 00026735

D/V

3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(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.

Coicó/ RN, 13 de Outubro de 2017

Local e Data

Marcos Aurélio da Silva Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



POUPANÇA




6277.8011 0785 8940

MMARCOS AURELIO S SANTOS

0758 013 00026735-3 07/18



SAC CAIXA: 0800 726 0103 | Documento Auxiliar do Cartão CAIXA: 00001 000 24192

Assinatura autorizada



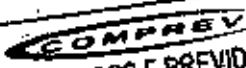
Ficha usada a partir de hoje. Cartão Excedente a Validade. Este cartão é pessoal e intransferível.

Atendimento Caixa: 0800 726 0505
Ouvidoria: 0800 726 7474

CAIXA

AQUI Banco24Horas

caixa.gov.br



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 OUT 2017

PROTOCOLO

AG: NATAL



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 Satellite, CAICÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2017129000870

1.3 Tipo: COMUNICAÇÃO

1.2 Data de Expedição: 13/05/2017 11:09:00

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 24/05/2017 09:50:00

2.3 Fato: Consumado

2.4 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: BARRA NOVA

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: NA PONTE BARRA NOVA, BR 427

2.9 CEP: 59.300-000

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: CAICÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MARCOS AURÉLIO DA SILVA SANTOS

3.3 Etnia: Branca

3.5 Mãe: HILDA MARIA DA SILVA SANTOS

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 07531313405

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: MOTO TAXI

3.15 Telefone(s): 84 999194837

3.17 Número: 290

3.19 Bairro: BARRA NOVA

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.2 Estado civil: União Estável

3.4 Pai: MANOEL NELSON DOS SANTOS

3.6 Data de Nascimento: 24/07/1979

3.8 RG: 1868177 - SSP/RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: OURO BRANCO/RN

3.14 E-Mail:

3.16 Logradouro: RUA CORONEL TOTOINHO

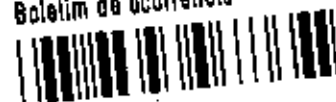
3.18 CEP: 59300000

3.20 Cidade: CAICÓ

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

Boletim de ocorrência



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

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

6.1.1 Nome Completo: JOAO BATISTA DE BRITO

6.1.3 Etnia: Branca

6.1.5 Mãe: TEREZINHA MARIA DE BRITO

6.1.7 Sexo: MASCULINO

6.1.9 CPF: 05827082490

6.1.11 Nacionalidade:

6.1.13 Logradouro: RUA ALTEVIDO CLEMENTE DE ARAÚJO

6.1.14 Número: 129

6.1.16 Bairro: BARRA NOVA

6.1.18 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

6.2.1 Nome Completo: WESLEY MARTINS SATIRO DA SILVA

6.2.3 Etnia: Branca

6.2.5 Mãe: SILVANIA MARTINS SILVA

6.2.7 Sexo: MASCULINO

6.2.9 CPF: 11069788465

6.2.11 Nacionalidade:

6.2.13 Logradouro: RUA CORONEL TOTOINHO

6.2.14 Número: 290

6.2.16 Bairro: BARRA NOVA

6.2.18 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

6.1.2 Estado civil: Casado(a)

6.1.4 Pai: Branca

6.1.6 Data de Nascimento: 19/07/1986

6.1.8 RG: 2363208

6.1.10 Profissão: MOTO TAXI

6.1.12 Passaporte:

6.1.15 CEP: 59300000

6.1.17 Cidade: CAICÓ

6.2.2 Estado civil: Solteiro(a)

6.2.4 Pai: Branca

6.2.6 Data de Nascimento: 21/05/1994

6.2.8 RG: 3349904

6.2.10 Profissão: ESTUDANTE

6.2.12 Passaporte:

6.2.15 CEP: 59300000

6.2.17 Cidade: CAICÓ

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi:

7.1.5 Placa: OWB2223

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2014

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: MARCOS AURELIO DA SILVA SANTOS

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: CG150 FAN ESDI

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

1. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE TRANSITAVA NA BR 427, QUE QUANDO PASSAVA NA PONTE DA BARRA NOVA, TOMBOU VINDO A CAIR E QUEBRAR O PUNHO DIREITO, QUE LOGO SOCORRIDO PELAS REFERIDAS TESTEMUNHAS PARA O HOSPITAL REGIONAL (SESP), E ATENDIDO NA URGÊNCIA, PELO MÉDICO: DR. IRAM/ CRM: 822-RN, QUE LOGO EM SEGUIDA ENCAMINHOU PARA O ORTOPEDISTA O DR. SÍLVIO SANTOS FILHO/ CRM: 4419/RN ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

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.

ACADIVATUA

Data 13/06/2017 11:09:00

Policial

Interessado

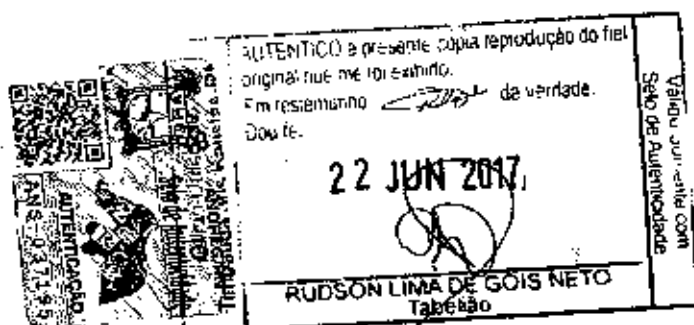
Polgar direito

Atendimento: 1711180 - DULZIMAR SILVA JÚNIOR

Impresso por: 1711180 - DULZIMAR SILVA JÚNIOR em 13/06/2017 11:11:10

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

JUN 13 2017 11:11



Todo Documento de Timbreiro das Noticias
Assinado R. Carvalho Amorim de Góis
Sintetizada
111 111 111 111

Comprovação de ato declaratório



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ - UHRS
Estado do Rio Grande do Norte - RN - Pavão VI - Centro/RN
CEP: 59.308-000 - Telefone: (84) 3421-9628
CNPJ: 06.941.754/0135-57

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA	HORA DA ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
		24/05/17	9:50	59
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Os campos devem ser preenchidos por omissão, sem abreviações e de forma legível				
NOME	MARCOS ALEXANDRE DA SILVA SANTOS		DATA DE NASCIMENTO	IDADE SEXO
			24/04/79	38a M
CPF	RG		DATA DE EXPEDIÇÃO	
075.713.134-05	1869.177			
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	CAIÇÃO SUS	
Município de São José do Seridó	casado		100851524390	
NOME DA MÃE	NOME DO PAI			
Elizabete Maria da Silva Santos	Raimundo da Silva Santos			
ENDEREÇO	BAIRRO			
R. Raimundo F. de Almeida 280	Barro Vermelho			
CIDADE/ESTADO	TELEFONE DE CONTATO		RAÇA/COR	
São José do Seridó - RN	9919-9857		P	
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS				
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA	mmHg	FC	bpm	FR
				irpm
TEMP. AXILAR		°C	SpO2	%
				Glicemia
				mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO				
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO				
1) paracetamol 500mg a 6h e 12h				
ESCORE DE GLASGOW				

Confere com o Original
Calço - RH 39 / 05 / 2014
Jociane Brito de Medeiros

CÓPIA

