



Número: **0845094-45.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO (AUTOR)	ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO)
MAPFRE SEGUROS (RÉU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
12517 795	28/09/2017 12:42	<u>02 PROCURAÇÃO</u>
12517 802	28/09/2017 12:42	<u>03 DOCUMENTOS PESSOAIS</u>
12517 806	28/09/2017 12:42	<u>04 DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA</u>
12517 815	28/09/2017 12:42	<u>05 DECLARAÇÃO DO SAMU</u>
12517 828	28/09/2017 12:42	<u>06 PRONTUÁRIO</u>
12517 835	28/09/2017 12:42	<u>07 BOLETIM DE OCORRÊNCIA</u>
12517 838	28/09/2017 12:42	<u>08 ATESTADO</u>
12517 842	28/09/2017 12:42	<u>09 RAIO X</u>
12517 850	28/09/2017 12:42	<u>10 COMPROVANTE DE DESPESAS</u>
12517 858	28/09/2017 12:42	<u>11 REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO</u>

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S): PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO, brasileira, casada, vigilante, inscrita no CPF/MF sob o nº 049.198.274-74, portadora da cédula de identidade nº 1.856.591 SSP/RN, residente e domiciliada na Rua Tupinambá, nº 215, Nossa Senhora Nazaré, CEP: 59060-410, Natal/RN.

OUTORGADO(S): ERIC TORQUATO NOGUEIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 11760, portador do CPF/MF nº 061.387.934-12, RG nº 3393071 – SSP/RN; BRUNO HENRIQUE CORTÊZ DE PAULA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 14290, ambos com endereço profissional situado à Avenida Duque de Caxias, 90 A, Ribeira, Natal/RN, CEP: 59012-200.

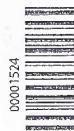
PODERES: Para o foro em geral nos termos do artigo 38 do Código de Ritos, com a cláusula *ad judicia e extra*, concomitantes com os especiais notadamente para transigir, receber/sacar dinheiro, desistir, recorrer, agravar, dar e/ou receber quitação, substabelecer no todo ou em parte, atuar em conjunto ou separadamente com outros advogados para defender os interesses do(s) Outorgante(s) até que as providências tomadas na defesa dos seus interesses tenham cessado.

Local e data: Natal, 31 de Maio de 2017

Patrícia de Oliveira Machado.

OUTORGANTE





CTC SANTO ANDRE SPM PLS
PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO
R TUPINAMBA 215
N SRA NAZARE
59060-410 NATAL RN

PC-12



Postagem: 06/03/2017
Vencimento: 15/03/2017
Emissão: 02/03/2017
Fechamento próxima fatura: 10/04/2017

Titular **PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.6152**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue 3003-3030 / [rápidinho!](#)

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	1.145,57
Pagamento efetuado em 20/02/2017	- 1.105,00
Saldo financiado	40,57
Encargos (financramento + moratório)	65,82
Lançamentos atuais	990,06
Total desta fatura	1.096,45

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Local e data: Natal, 31 de Março de 2017

Rathéia de Oliveira Mochado.

DECLARANTE



Prefeitura Municipal do Natal

A n o s s a c i d a d e

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 NATAL**

D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos para os devidos fins que **PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO**, foi vítima de colisão moto x moto, no dia 01/03/2017, aproximadamente às 20h30min, na Avenida Coronel Estevam, Dix Sept Rosado, nesta Cidade. Tendo sido atendida pelo SAMU 192 Natal, **sob nº de ocorrência 143359/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão e removida para o Hospital Walfredo Gurgel.

Natal, 04 de março de 2017.


Alfredo Galvão da Silva Junior

Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal

Matrícula 44.986-5

Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN - CEP: 59054-280
Tel.: (84) 3232-9222 - (84) 3232-9211

04/04/2017

192.168.1.253/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=143359&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: **143359/1**

Data: **01/03/2017**

CHAMADO

TARM: EDILELDO CORTES SIQUEIRA

Médico Regulação: JOSÉ ALEXANDRE SOUSA SILVA

Rádio Operador: EDILELDO CORTES SIQUEIRA

Médico Cena: JOSÉ ALEXANDRE SOUSA SILVA

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 06 (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

Equipe VTR: GUSTAVO FRANCISCO DA SILVA - CONDUTOR DE VEÍCULO
DE EMERGÊNCIA
FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO - TECNICO DE ENFERMAGEM

Regulação
Médica

Trote

Informação

Engano

Queda da
ligação

Sem Médico

Transf./Internação

Eletivo

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: SAMU USB 06

Telefone:

Nome do Paciente:

PATRICIA DE O. MACHADO

Idade: *

33

ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

▼

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8030708 **Longitude:** -35.2256334

Endereço: AVENIDA CORONEL ESTEVAM

Nº: VP

Bairro: DIX-SEPT ROSADO

Outro Bairro:

Referência/Complemento:

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Paciente: COLISÃO MOTO X MOTO

Quem Soltou: Prof. Saúde

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

01/03/2017 20:31:12 - **Dr(a). JOSÉ ALEXANDRE SOUSA SILVA**

APH: TRAUMA / **HD:** ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISÃO MOTO/MOTO

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÉNIO MÉDICO: NÃO

Apoio:



04/04/2017

192.168.1.253/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=143359&Digito=1&ReadOnly=1

SINAIS VITAIS / OUTROS ACHADOS

Tipo de APH:

Hipótese Diagnóstica:

TRAUMA - ACIDENTE MOTO X MOTO ▼

Sinais Vitais:

Antecedentes:

Cardiopatia Diabetes Epilepsia Etilismo Hipertensão HIV Nefropatia Neoplasia Pneumopatia Sequela AVC

Outros Antecedentes:

Nível de consciência:

Normal

Confuso

Torporoso

Inconsciente

Respiração:

Não Respira

Normal

Ruidosa / Dispneia

Via aérea obstruída

Via aérea pélvia

Sudorese:

- SELECIONE - ▼

Coloração da pele:

- SELECIONE - ▼

Sangramento:

- SELECIONE - ▼

Uso de algum Medicamento:

Alergia:

Prioridade:

Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul

Observação:

CONSC, SENTADA, SEM CAPACETE(RETIRADO), LUXAÇÃO DE OMBRO

PROCEDIMENTOS

Tipo do procedimento:

Procedimento:

Observação:

IMOBILIZAÇÃO - PRANCHA LONGA ▼

CONVÉNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

Sim Não Não informado

CONDUTA

Atendimento / Residência

Conduta VTR

Remoção / Transferência

Óbito

Endereço não localizado

Evasão do local

Recusa atendimento

Recusa remoção

Removido por terceiros

Trote

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE - ▼

H. ligação ao serv prop.:

:

:

F:

Receivedo por:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

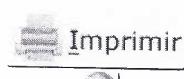
/ / : :

04/04/2017

192.168.1.253/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=143359&Digito=1&ReadOnly=1

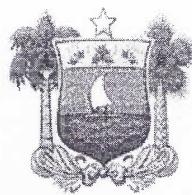
HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado: 01/03/2017 20:30:24	Regulação Médica: 01/03/2017 20:31:12	Solicitação VTR: 01/03/2017 20:31:58	Saída VTR: 01/03/2017 20:31:59	Chegada Local: 01/03/2017 20:32:03
Saída Local: 01/03/2017 20:36:10	Chegada Destino: 01/03/2017 20:47:08	Liberação Destino: 01/03/2017 23:56:58	Liberação VTR: 01/03/2017 23:56:59	





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 6421 /2017
Admissão: 01/03/2017 20:55:36

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **6292 - PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO (33 a 3 m 5 d)**

Nascimento: 01/01/1984 Natural: NATAL.BRASIL Sexo: F Cor: PARDA

CNS: CPF: 04919827474 Prof:

Mãe: INGNORADO Pai: JOSE VITAL MACHADO

Logradouro: RAIMUNDO FILGUEIRA, 2013

CEP: 59062040 Bairro: NOSSA SENHORA DE NAZARÉ Cidade: NATAL

Telefone: 84.987576466 84 987576466 Compl: SAMU- VIA PUBLICA

Motivo: MOTO X MOTO - COLISAO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 01/03/2017 20:48:07				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ACIDENTE DE MOTO + LUXAÇÃO NO OMBRO E

Hora: _____

EXAME FÍSICO (PRIMARIO)									
A									
B									
C									
D									
E									

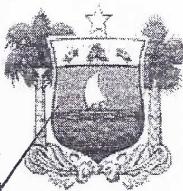
OUTRAS OBSERVAÇÕES:									
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID									
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Gerado via SX por WELLINGTON GOMES DO NASCIMENTO. Impresso em 06 de Abril de 2017.

CONFERENCIAL
NATAL, 06/04/2017
MAT.N. 13182828
ASSINATURA

*Gerado via SX por IVANILDA ALVES DE SOUZA - SESERJ - HOSPITAL NOSSA SENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 6421 /2017
Admissão: 01/03/2017 20:55:36

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 6292 - PATRICIA MACHADO DE OLIVEIRA (33 a 2 m)

Nascimento: 01/01/1984 Natural: NATAL.BRASIL

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: INGNORADO

Pai:

Logradouro: RAIMUNDO FILGUEIRA, 2013

CEP: 59062040 Bairro: NOSSA SENHORA DE NAZARÉ Cidade: NATAL

Telefone:84.987576466 Compl: SAMU- VIA PUBLICA

Motivo: MOTO X MOTO - COLISAO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:								
OBS:	Classificação: 01/03/2017 20:48:07								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ACIDENTE DE MOTO + LUXAÇÃO NO OMBRO E

Hora:

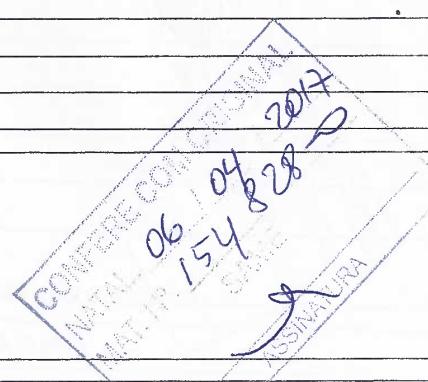
Acidente de moto hz ± 1 hora
Sem perda de consciência



EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

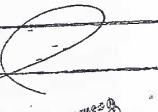
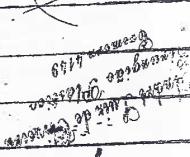
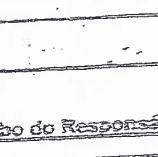
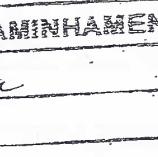
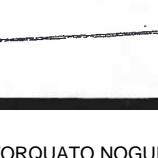
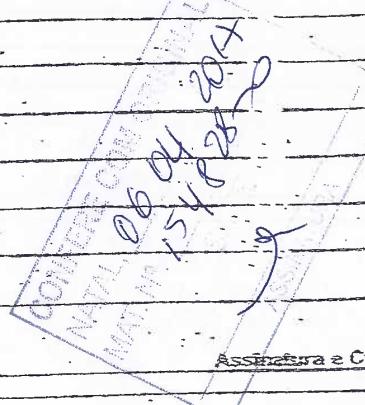
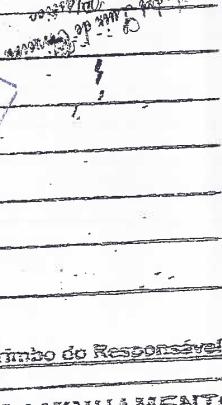
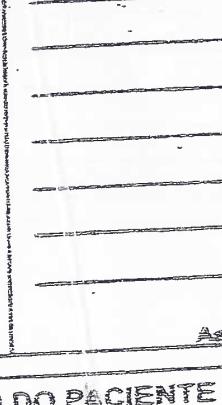
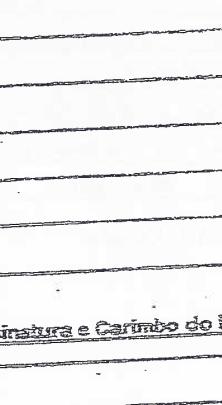
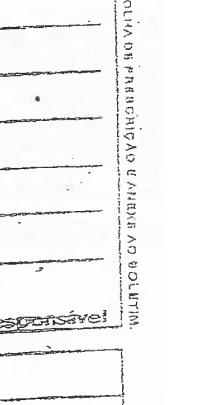
- A Vias aéreas patentes. Reu cervicalgias
- B Dor esternal
- C Pulso cheio 88 bpm
- D Glasgow 15 uccoris
- E Dor em ombro -E; abdome auscultar.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:



DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por WELLINGTON GOMES DO NASCIMENTO. Impresso em 01 de Março de 2017.

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)	
(O)	
(C)	
(D)	
III	
A (ALERGIAS):	<i>desprezo / voltares</i>
M (MEDICAÇÃO EM USO):	
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):	
L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):	
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):	
V (PASSADO VACINAL):	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM):	<i>X de tórax / braço - E</i>
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	
<i>1) Tramal 100 mg F200ml a leito 4100 2) Alto reo cir. Guiné</i>	
 <i>Dr. Manoel Ribeiro Méd. Cirurgia Geral CRM/RN 7495</i>	
 <i>6/11/2008 06/11/2008</i>	
 <i>6/11/2008 06/11/2008</i>	
 <i>6/11/2008 06/11/2008</i>	
 <i>6/11/2008 06/11/2008</i>	
 <i>6/11/2008 06/11/2008</i>	
 <i>6/11/2008 06/11/2008</i>	
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	
	
	
	
	
	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
Assinatura e Carimbo do Responsável	

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:	<i>Ortopedia</i>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:		HORA:	DATA:

ENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNÈSE

PARADETTA 22.06h.
PARK. RECENT ACCIDENT
TRYING TO OMEKO (C)

AVISO O ESTADO DE MATO GROSSO PRAVA EXAMES SEJA INSUFICIENTE. UTILIZE IMPRESSOS PROPIOS DO HOSPITAL: REQUISIÇÃO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO ANEXE O BOLETIM.

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLÓGIA E IMAGEM)***

Rp 45 DUBON (D) (AD/A)

A handwritten signature in black ink that reads "DR. GIAN GUARNIERI R. DANTAI'S ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA" followed by a date "10/03/1951" and a number "TEST 11044". A large, hand-drawn "X" is drawn across the entire signature.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, etc., o porquê, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão) .	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Gemendo sem articular palavras.)	2
Avugente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz colas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica à dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticacão).	3
Padrão extensor à dor (Descerébração).	2
Sem resposta motora.	1
Total:	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE CÓRICA DE GLASGOW	13 - 150 = 6 9 - 120 = 5 6 - 80 = 2 4 - 50 = 1 30 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10 - 290 = 4 >290 = 3 6 - 90 = 2 1 - 50 = 1 00 = 0
PRESSÃO ARTERIAL CISTÓLICA	>900 = 4 76-890 = 3 50-570 = 2 1-490 = 1

**CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005)***

03 - 08=grave (necessidade de intubação imediata).
09-3= moderado;

* Referência: TEASDALE G., JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974; 2: 81-4.

^{**} A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

****Escala de Trauma Revisada (RS):** Bom indica de sobrevida para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.L. Copes, et al; A revision of the Trauma score. J Trauma 2005; 64: 1000.

DESTACAR

FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAU TRATO, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIALE NOTIFIQUE.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
(1) <i>Revelia Águo novo</i>	
(2) <i>Hidro</i>	
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: 01/03/17 HORA: 22:52
Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/>	Á Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:
ÓBITO:	DATA: / / HORA: / /
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
DR. GECIAN GUARNIERI X DANTAS ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CRM 4781 TETO 1004 Médico (Carimbo)	
Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação	
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA: / /
SAÍDA:	DATA: / / HORA: / /
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	Á Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:
ÓBITO:	DATA: / / HORA: / /
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 94888 -

1 - LOCAL E DATA

Local AV. CEL. ESTEVAM C/ RUA RAIMUNDO FRIGUEIRA Bairro VASSOURAS DE NAZARÉ¹
Cidade/UF NATAL/RN P. Ref. -
Data 01/03/2017 Hora do acidente 20:00 Hora do registro 21:00 Dia da semana QUARTA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal - Colisão Lateral - Capotamento - Atropelamento
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi OJZ 7333 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA FAN 125 KS Cor VERMELHA Ano 2014 / 2014
Proprietário O MESMO ABAIXO Nº de Ocupantes 02
Condutor FRANCISCO DE ASSIS OLIVEIRA Data de Nasc. 16/10/1982
Endereço RUA RAIMUNDO FRIGUEIRA Nº 2013 Fone 982369347
Bairro VASSOURAS DE NAZARÉ Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 045.469.884-43 CNH Nº Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho TALHER RESTAURANTE Fone 32114229
End. AV. AFONSO PENNA Nº Bairro TIROL Cidade NATAL

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi NOH 2583 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA CG 150 Cor PRETA Ano 2013 / 2013
Proprietário O MESMO ABAIXO Nº de Ocupantes 01
Condutor ERINILSON PEREIRA DO NASCIMENTO Data de Nasc. 20/06/1975
Endereço AV. CAP. MORAES GOUVEIA Nº 1498 Fone 982087419
Bairro CIDADE DA ESPERANÇA Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 903.943.744-49 CNH Nº 02560879916 Validade 17/12/2017 Categoria AB
Local de Trabalho QCG Fone 3232-6330
End. AV. RODRIGUES ALVES Nº S/N Bairro TIROL Cidade NATAL

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano / _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. / /
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano / _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. / /
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

Autenticação Número do Boletim: 94888 Número da Ocorrência: 467155 Data Registro: 08/03/2017 Hora Registro: 09:01:43 Número/Controle: X48589688W

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? AU. CEL. ESTEVAM
Em que sentido? CIDADE DA ESPERANÇA / NAZARÉ Em que faixa? ESQUERDA
Versão do condutor ALEGA QUE: SÓ LEMBRA QUE ESTAVAM COM A SINALEIRA LIGADA P/ ACESAR
P/ ESQUERDA A RUA RAIMUNDO FIGUEIRA.

Assinatura do Condutor do V1 Franckle de A. Oliveira

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? AU. CEL. ESTEVAM
Em que sentido? ALEGRIA / CIDADE DA ESPERANÇA Em que faixa? ESQUERDA
Versão do condutor ALEGA QUE: FOI SURPREENDIDO POR V1 QUE VINHA NO SENTIDO OPOSTO E
ENTROU P/ ESQUERDA DELE(V1) VINDO A CAUSAR A COLISÃO

Assinatura do Condutor do V2 Xenilson Ferreira Da Nascença

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?
Em que sentido? _____ Em que faixa?
Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?
Em que sentido? _____ Em que faixa?
Versão do condutor _____

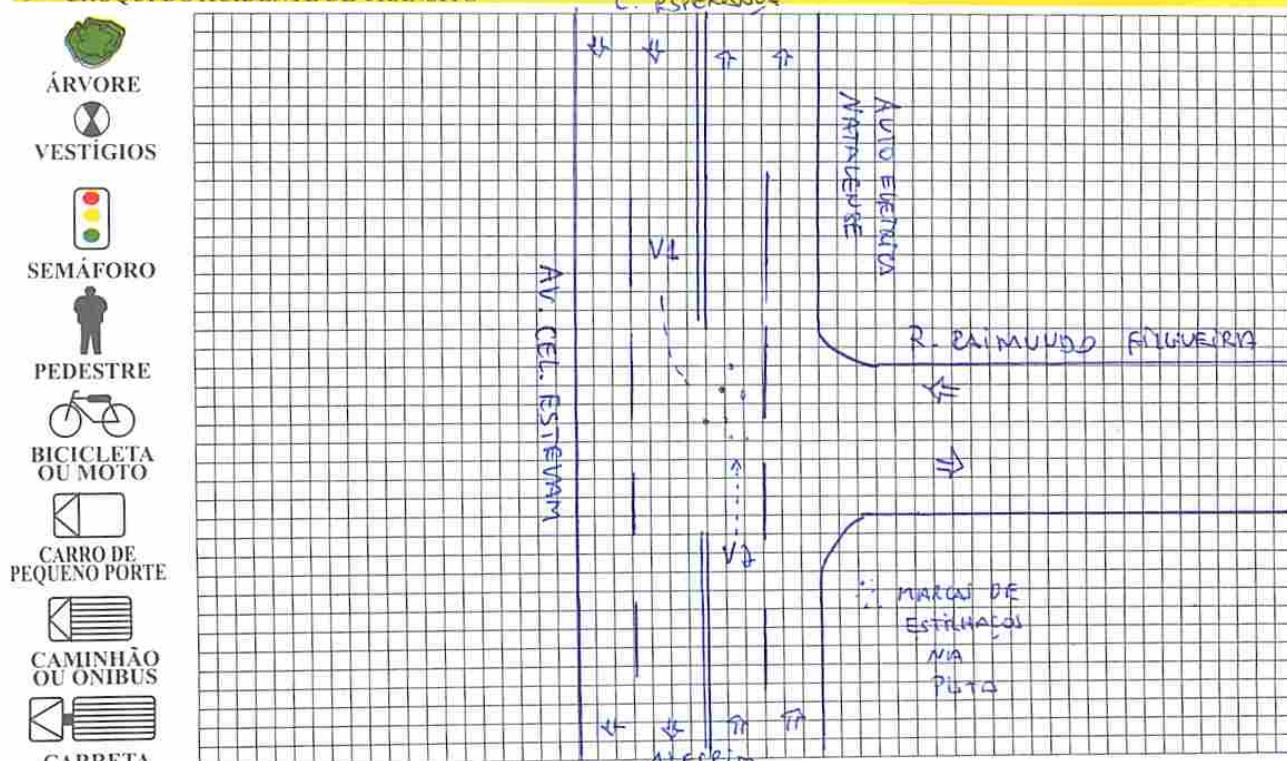
Assinatura do Condutor do V4 _____

94888

8 - CONDIÇÕES DA VIA

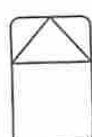
Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecedor	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepipedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input checked="" type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s)_____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. ___ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input checked="" type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

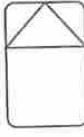


10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

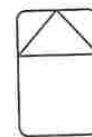


AVARIAS DO VEÍCULO 2



PALAMA DIANTE, FAROL, CARENAGEM DO HODÓMETRO, GUIDON, ESTRIBO, TANQUE

AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



Autenticação Número do Boletim: 94888 Número da Ocorrência: 467155 Data Registro: 08/03/2017 Hora Registro: 09:01:43 Número/Controle: X48589688W

II - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: HOSPITAL CLOVIS SAKIUMO Testemunha
 Presenciou: Fato Registro

Nome ERIPISON PEREIRA DO NASCIMENTO
 RG Nº 13875 Órgão Expedidor PM - RN Data de Nascimento 20 / 06 / 1975
 Endereço AV. CAP MOL GOUVEIA Nº 1498 Fone 988087419
 Bairro CIDADE DA ESPERANÇA Cidade NATAL UF RN
 Versão _____

Assintura _____ Hora _____

12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: HOSP. CLOVIS SAKIUMO Testemunha
 Presenciou: Fato Registro

Nome PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO
 RG Nº 001.856.591 Órgão Expedidor ITEP-RN Data de Nascimento 20 / 04 / 1983
 Endereço RUA TUPINAMBA Nº 215 Fone 987115903
 Bairro NAZARÉ Cidade NATAL UF RN
 Versão _____

Assintura _____ Hora _____

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: HOSP. CLOVIS SAKIUMO Testemunha
 Presenciou: Fato Registro

Nome FRANCISCO DE ASSIS DE OLIVEIRA
 RG Nº 002.264.643 Órgão Expedidor ITEP - RN Data de Nascimento 16 / 09 / 1982
 Endereço RUA TUPINAMBA Nº 245 Fone 988369347
 Bairro NAZARÉ Cidade NATAL UF RN
 Versão _____

Assintura _____ Hora _____

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____ Testemunha
 Presenciou: Fato Registro

Nome _____
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assintura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____ Nº _____
 Endereço _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO AIT Nº _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
O V2 FOI ENTREGUE A EMANUEL PEREIRA DO NASCIMENTO CPF 282.368.074-87 CNH CAT AB. P/ SER GUINCHADA.

O CONDUTOR DE V1 SOFREU ESCORIALÓGICAS LEVE E A SUA ESPOSA TEVE O OMBRO DIREITO DESLOCADO, JA O CONDUTOR DE V2 TEVE SEU PULSO ESQUERDO FRATURADO.

OS DANOS DO V1 NAO FORAM PEGOS POIS QUANDO CHEGAMOS NO LOCAL A MOTO NAO ESTAVA, TINTA SÓ FICOU PELA ILMAO DO CONDUTOR DE V1.

Valmiro Braz S. Santos
1º SGTPM - RN
Mat. 113.330-6

Nome Completo do Agente _____
 POSTO/GRAD.: _____ PM Nº 93.135 Viatura 106 Subunid.: 1º DP/RE
 Local e Data NATAL, 01 de MARÇO de 2017

Autenticação Número do Boletim: 94888 Número da Ocorrência: 467155 Data Registro: 08/03/2017 Hora Registro: 09:01:43 Número/Controle: X48589688W
 Assinatura do Agente de Trânsito



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRÁFEGO

Av. Capitão-Mor Gouveia, 924, Cidade da Esperança - Natal - Rio Grande do Norte
Fone:(84) 3232-1514 - E-mail: cpresetordetrafego@hotmail.com

Natal/RN, 08 de Março de 2017.

BOAT nº: 94888

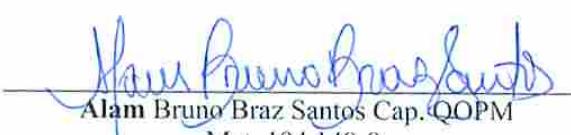
Data: 01/03/2017

Local: Av. Cel. Estevam com a Rua Raimundo Filgueira - Nazaré - Natal/RN

Veículos envolvidos:

- (V-1) HONDA/ CG 125 FAN KS - OJZ 7333
(V-2) HONDA/ CG 150 FAN ESI - NOH 2583

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor de V-1 deixou de observar o que preceituam os artigos 26-I c/c 162-I, 28 e 34.


Alan Bruno Braz Santos Cap. QOPM
Mat. 194.148-8

CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

Verificação de autenticidade na internet: <http://www.pm.rn.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Autenticação Número do Boletim: 94888 Número da Ocorrência: 467155 Data Registro: 08/03/2017 Hora Registro: 09:01:43 Número/Controle:
X48589688W

*Somente possuem valor legal os pareceres que estejam assinados pelo chefe do setor ou auxiliar.

naufina



Avenida Presidente Bandeira, 375 – Alecrim
CEP 59031-200 – Natal – RN – Fone: 4009-7777

ATESTADO MÉDICO

ATESTO para os devidos fins que se fizerem necessários que o (a) Sr(a)
Patrícia de Oliveira Marques necessita de (15) dias de
afastamento das suas atividades; a contar de hoje, por motivo de Quente.
Doença.

CID: 5430

[Handwritten signature]
Frederico de O. Lima
Médico
CRM 67514 - RN
28/3/14

CLÍNICA HOPE

NOME: PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO
DATA: 23/03/2017

RAIO-X DE OMBRO

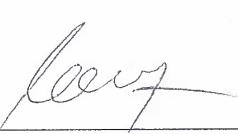
LAUDO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.



Dr. COSMO ALVES DE AQUINO
MEDICO RADIOLOGISTA C.R.M - 4252
(TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA)

CLÍNICA HOPE

NOME: PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO
DATA: 23/03/2017

RAIO-X DE OMBRO

LAUDO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.



Dr. COSMO ALVES DE AQUINO
MEDICO RADIOLOGISTA C.R.M - 4252
(TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA)

DROGARIA DUQUE DE CAXIAS LTDA MF
 RUA MACAIBA, 02 - CIDADE DA ESPERANÇA
 NATAL/RN - CEP:59071-210 - F:84 3205-5566
 CNPJ:06.961.894/0001-62
 IE:20.099.149-3
 IM:152.543-3
 02/03/2017 20:12:28 CÓD:118583 CÓD:207886
CUPOM FISCAL
 ITEM CÓDIGO DESCRIÇÃO QTD UN VL UNIT R\$ ST A/T VL ITEM R\$
 001 7898411816005 90211010 TIPÓIA SIMPLES MEDIC
 TAKE
 1UN X 22,00 05T18,00% 22,00G
 002 7995714230504 1300401 3004J099 MASSAGEOL PDM
 ADA 30GRS
 1CX X 14,52 F1 14,52G
 desconto -2,90 11,62
 003 7891010504779 1300900 30051090 BAND AID CAIX
 A C 10 UNIDADE
 1CX X 3,80 05T18,00% 3,80G
 TOTAL R\$ 37,42
 CARTÃO 37,42
 T5=05T18,00%
 Md5:37E6C46C17CB35E75595C86796277564
 PV 0000863493
 Vendedor: 41 - GILZAIR MARTINS BEZERRA
 ** VOCE ECONOMIZOU R\$ 2,90 **
 EGJJRLSD DBXDGKN# LE#XIQWF CGJBCFQI 9ATB1CCUE2SL
 BEMATECH MP-4000 TH FT ECF-IF
 VERSÃO:01.00.02 ECF:004 LJ:0001
 QQQQQQQQQUIOQPOYIE 02/03/2017 20:13:33
 FAB:BE091110100011264142 BR

DROGARIA CANINDE
 DROGARIA KELLYSON LTDA - ME
 AV MIG. CASTRO 702,NOSSA SRA.DE NAZARE-NATAL/RN
 CNPJ: 20.085.439/0001-71 IE: 20.407.507-6
 29/03/2017 16:56:57 CÓD:105464 CÓD:138323
CUPOM FISCAL
 ITEM CÓDIGO DESCRIÇÃO QTD UN VL UNIT R\$ ST A/T VL ITEM R\$
 001 07891317103323 BETATRINTA INJ.
 1 UND X 18,91 F1 A 18,91
TOTAL R\$ 18,91
 CARTÃO 18,91
 MD5:f5156a287a842c16a3bb725cacb9615d
 CLIENTE BALCAO
 Ven: 0014 RAFAEL
 SAMPAIO CORREIRA N 8 A
 QUINTAS - Fone: 8488614146
 Val Aprox Tributos R\$ 0,00 (0,00%) Fonte (IBPT)
 PV0000069690
 ** LAUDO: UNP1602015 **
 13133F7E376EB17707F A1 E28174 3D631 272C9 0E1
 DARUMA AUTOMAÇÃO MACH 1
 ECF-IF VERSÃO:01.00.00 ECF:001 LJ:0001
 EEEEEEEFBJFFGDCAE 29/03/2017 16:57:32
 FAB:DR0814BR000000418824 BR

DROGARIA CANINDE
 DROGARIA KELLYSON LTDA - ME
 AV MIG. CASTRO 702,NOSSA SRA.DE NAZARE-NATAL/RN
 CNPJ: 20.085.439/0001-71 IE: 20.407.507-6
 29/03/2017 16:57:35 GNF:030345 CÓD:138324
 CDC:0012

NÃO É DOCUMENTO FISCAL
 COMPROVANTE CRÉDITO OU DÉBITO
CARTÃO
 1ª VIA

CÓD do documento vinculado: 138323
 Valor da compra R\$ 18,91
 Valor de pagamento R\$ 18,91

REDE
 HIPERCARD
 COMPRA:752457450 VALOR: 18,91
 ESTAB:050230760 DROGARIA KELLYSON
 29.03.17-17:14:15 TERM:PV836695/014031
 CARTAO: xxxxxxxxxxxx6152
 AUTORIZACAO: 053009
 ARQC:CA58FF63B834D670
 TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE
 USO DE SENHA PESSOAL.

(CUPOM FISCAL: 138323)
 (NSU D-TEF : 014031)

REDE
 HIPERCARD
 COMPRA:752457450 VALOR: 18,91
 ESTAB:050230760 DROGARIA KELLYSON
 29.03.17-17:14:15 TERM:PV836695/014031
 CARTAO: xxxxxxxxxxxx6152
 AUTORIZACAO: 053009
 ARQC:CA58FF63B834D670
 TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE
 USO DE SENHA PESSOAL.

(CUPOM FISCAL: 138323)
 (NSU D-TEF : 014031)



ProntoNeuro
Imagens Médicas

RECIBO



Recebi do Sr. (a) PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO CPF:04919827474, a importância de R\$ **600,00** (SEISCENTOS REAIS) em 31/03/2017 referente a(ao) **RESSONANCIA MAGNÉTICA DE OMBRO ESQUERDO** do paciente: **PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO**

NATAL, 31 de Março de 2017.
L. R. S. Filho Hospitalar
CNPJ: 24.366.908/0001-81

Luiz Rodrigues da S. Filho

Pronto Neuro
CNPJ: 2436699080001/81



Multimedical
Av. Presidente Bandeira, 375
Alegre CEP: 59031-200
Natal/RN (84) 4009-7777

**CRÍTICA DO FATURAMENTO POR
PACIENTE**

Data	Exame	Convênio	Valor Med.Exec.	Med.Conv.	Med.Solic.	Paciente
------	-------	----------	-----------------	-----------	------------	----------

ORTOPEDIA

28/03/2017 ORTOPEDIA SEMPRE 90,00 FRED FRED FRED PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO

Sub-Total: R\$ 90,00

Total: R\$ 90,00

Seguradora Líder-DPVAT | Seguro | https://www.seguradoralider.com.br/seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

Para acessar rapidamente, coloque os seus favoritos aqui na barra de favoritos. Importar favoritos agora.

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas
- Documentos Invalidez Permanente
- Documento Morte
- Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

- Como Pagar
- Consulta a Pagamentos Efetuados
- Informações Gerais

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de Indenização.

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170246095 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PATRÍCIA DE OLIVEIRA MACHADO
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A
BENEFICIÁRIO PATRÍCIA DE OLIVEIRA MACHADO
CPF/CNPJ: 04919827474

Posição em 18-05-2017 15:33:03
Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.
Valor: R\$ 1.687,50
O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
17/05/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

15:33
18/05/2017

Seguradora Líder-DPVAT | Seguro | https://www.seguradoralider.com.br/seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

Para acessar rapidamente, coloque os seus favoritos aqui na barra de favoritos. Importar favoritos agora.

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas
- Documentos Invalidez Permanente
- Documento Morte
- Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

- Como Pagar
- Consulta a Pagamentos Efetuados
- Informações Gerais

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de Indenização.

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170246411 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PATRÍCIA DE OLIVEIRA MACHADO
COBERTURA DAMS
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A
BENEFICIÁRIO PATRÍCIA DE OLIVEIRA MACHADO
CPF/CNPJ: 04919827474

Posição em 18-05-2017 15:37:14
Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.
Valor: R\$ 656,33
O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/05/2017	R\$ 656,33	R\$ 0,00	R\$ 656,33

15:37
18/05/2017