

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: 13/01/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO BATISTA DA SILVA TORRES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00759

CONTA: 000000012455-8

Nr. da Autenticação 61C327D10C753F0F

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3151041518 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA DA SILVA TORRES **Data do acidente:** 20/10/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PUNHO 50%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





DOCUMENTO 4 *T4%*

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHOBOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERALPACIENTE **JOAO BATISTA DA SILVA TORRES**
DATA DE **20/10/2015** HORA **14:07** Nº BAA **129780**
ENTRADAIDADE **43** SEXO **M** ETNIA **Pardo**
CARTÃO SUS - ESTADO CIVIL **Solteiro(a)**
CPF **838.180.904-59** RG **1292674 - SSP**
NOME DA MÃE **MARIA SOARES DA SILVA TORRES**
NOME DO PAI **ANTONIO SOARES DA SILVA TORRES**
NASCIMENTO **29/12/1971** NATURALIDADE **Nova Cruz-RN**
TELEFONE **(85) 9150-3409** PROFISSÃO **Embalador**
RUA/AV. **Rua Santa Luzia Nº 37**
COMPLEMENTO - BAIRRO **Plum**
CEP **59160-670** CIDADE **Parnamirim-RN**
ORIGEM **Ambulância - SAMU** MOTIVO **Acidente de Trânsito / Moto - Carro**
ACID. DE TRABALHO **Não** USUÁRIO **Josilma**

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente trazido pelo SAMU vítima de queda de moto há aproximadamente 1h.
Relata uso de capacete e não perda de consciência, náusea e vômitos. Com dor general
de palpitação, dor em ombro direito, punho direito, abdome e à mobilização da
perna, bem como joelho direito (este último com limitação de movimento).

Imobilidade: **Não**
Alergia: **Não**
VAT: **Desconhece.**ULTIMO 20/10/15 15:00
Recebo

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VA **pálida**. **Carga curvatura**
B **Eupneica**. **AP: MM+ , sem ruído, S/R+.**
C **Extrem.**
D **Glasgow = 15**
E **Exoneração em ombros e braços direito e joelho D.**

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Pele: **Dolorosa.**Abdome: **Flácido e doloroso em Fígado direito e FID.**Satur = 97%. **com oxigênio**RECEBIDO
16 DEZ. 2015
SEM REGULADORCONFERE COM ORIGINAL
CM 84.194-3
Servidor

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCOI FINAL
	110/70			19	83		

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

ESPECIALIZADO 1

Nel
paciente c/ histórico de acidente de trânsito

EXAME FÍSICO

*Exame físico - Glasgow 15 - pupilas isocóricas
sem déficit motor*

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

*TC de crânio - Ausência de coleção intracraniana ou
posterior
TC de coluna - sem alterações*

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

*Volto com 15 mg de morfina
diariamente*

*Dr. C. Oliveira
NEUROCIRURGIA
RUA 4252*

Medicação conforme laudo

cf. este de Nel

*1994 NEUROLOGIA
VIGILÂNCIA
MÉDICO J. J. BASSO*

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura ocular (EO)	4
Olhos abertos espontaneamente	4
Olhos abertos em resposta a estímulo verbal	3
Olhos abertos em resposta a estímulo doloroso	2
Olhos fechados	1
Resposta verbal (RV)	5
Orientado (pessoa, lugar, tempo)	5
Orientado (pessoa, lugar, tempo)	4
Orientado (pessoa, lugar, tempo)	3
Orientado (pessoa, lugar, tempo)	2
Orientado (pessoa, lugar, tempo)	1
Resposta verbal (RV)	5
Orientado (pessoa, lugar, tempo)	4
Orientado (pessoa, lugar, tempo)	3
Orientado (pessoa, lugar, tempo)	2
Orientado (pessoa, lugar, tempo)	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"	
DESCRIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	15-12 = 3 11-9 = 2 8-6 = 1 5-3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20 = 4 6-10 = 3 5-10 = 2 1-5 = 1 0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90-120 = 3 60-90 = 2 30-60 = 1 0 = 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE

1974-1975

13-15 - grave (necessidade de intervenção imediata)
9-12 - moderado
6-8 - leve

* Referência: TEASDALE G. JENNET, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974; 2:91-94

* A escala proposta prevê a gravidade das lesões e que correlaciona com a necessidade de intervenção. A escala classifica o TCE em 5 graus de acordo com os seguintes critérios:

SEM DOR	LEVE	Moderado	Intenso	Pior Possível
0	1	2	3	4

09

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A
B
C
D
E

A (ALERGIAS):

M (MEDICAÇÃO EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL):

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

RX de Ombro ② (AP e Oblíquo)

RX de tórax (AP)

RX de pelve (AP)

RX de joelho ① (AP e Perfil)

USG: abdome - FAST

RX de punho ① (AP e Perfil)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

VAT

Dra. Gabriela Santos

Volantum 45mg - longa, T.M. CRM-RN 7808

RX de tórax: Sem fratura de caixa costal,

pneumopatia ou hemopatia.

USG: Ausência de líquido livre com con-

duta abdominal.

Conduta: Alta de L. Geral

Dra. Gabriela Santos

Médico
CRM-RN 7808Dra. Márcia M. G. de Araújo
Angiologia e Cir. Vascular
CRM-RN 5115

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Dinâmica 10mg - med. AMP 80
15.50Dr. Fco. Martins de Mesquita Jr.
Médico de Cirurgia Geral
CRM/RN - 8123

CONFERE COM ORIGINAL

DA 84.194-3
Scribador

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: Neurocirurgia

HORA: 14:18

DATA: 20/10/15

ESPECIALISTA 2: Ortopedia

HORA: 15:40

DATA: 20/10/15

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

Dra. Gabriela Santos
Médico
CRM-RN 7808

ANAMNESE

Tram. ponteiro 1

EXAME FÍSICO

Am. 2 e 3

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fr. 2. distal do metacarpo 1

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

1 x 12 cm D 02

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Am. 2 e 3

1. de deito ponteiro
Quanto ex
deslocar unguis

Manoel Correia Neto
CRM 849
Ortopedia-Traumatologia
Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

16:10
- buva
p/ usub

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. ☐

ITEP ☐

Médico (Carimbo)

CONFERE COM ORIGINAL
CRM 84.194-3
Servidor

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. ☐

ITEP ☐

10



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 103-ORT

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

ROSA

MATRÍCULA
98271

DATA
20/10/2015

HORA
17:23

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE

JOAO BATISTA DA SILVA TORRES

MASCULINO

FEMININO

MASCULINO

NACIONALIDADE

BRASILEIRA

DATA DE NASCIMENTO

29/12/1971

IDADE

44

RELIGIÃO

RAÇA/COR

ESCOLARIDADE

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO

PROFISSÃO

EMBALADOR

TELEFONE

9150-3409

NOME DA MÃE

MARIA SOARES DA SILVA TORRES

NOME DO PAI

ANTÔNIO PEDRO DE TORRES

CPF

RG

ORG. EXP.

UF

CARTÃO DO SUS

ENDEREÇO

RUA SANTA LUZIA 37

COMPLEMENTO

BAIRRO

PIUM

MUNICÍPIO

PARNAMIRIM

UF

RN

CEP

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

PARENTESCO

TELEFONE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

MOTIVO

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DESCRIMINADOR

DOENÇAS PREENSISTENTES

ALERGIAS

PESO: ALTURA: SSVV: FC: FR: T: SO2: PA: GLICEMIA:

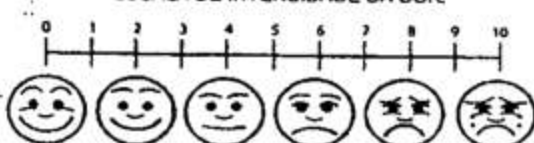
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE

☐ AZUL ☒ VERDE ☐ AMARELO ☐ LARANJA ☐ VERMELHO

ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- ☐ SALA VERMELHA
- ☐ URGÊNCIA
- ☐ ORTOPEDIA
- ☐ CONSULTA MÉDICA
- ☐ BUCOMAXILO
- ☐ PEQUENA CIRURGIA
- ☐ ACIDENTE DE TRABALHO
- ☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
- ☐ QUEDA
- ☐ OUTROS

Abertura Ocular	Esponânea A voz	4
	A dor	3
	Nenhuma	2
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Pede comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

HISTÓRIA CLÍNICA

FT / Anom Dista (D)

EXAME FÍSICO

PROTOCOLO
RECEBIDO
16 DEZ. 2015
J E M REGULADOR

CONF. COM. REG.
CRM 84.194-3
SERVID.

Dr. Carlos Maia
Ortopedista
CRM 6794



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	4- CNES 3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE JOÃO BATISTA DA SILVA TORRES		6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 141451	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 124 5886 6346 0006	8- DATA DE NASCIMENTO 29 12 1971	9- SEXO MASCULINO (X) FEMININO ()	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MÃE MARIA SOARES DA SILVA TORRES		12- TELEFONE DE CONTATO	
13- NOME DO RESPONSÁVEL JOÃO MARCELO DOS SANTOS TORRES		14- TELEFONE DE CONTATO (84) 9402-2591	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA : SANTA LUZIA, 37			
16- BAIRRO PIUM	17 - MUNICÍPIO PARNAMIRIM	18- UF RN	19- CEP

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS FT Articulação do ombro DISTAL pulso (D)	21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Proc. cirúrgico
--	--

CONFERE COM ORIGINAL
04.194-3
Sneider

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Rx + Exame físico			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL PROTODIAGNÓSTICO RECEBIDO 16 DEZ. 2015 J.E.M. REGULADORA	24- CID 10 PRINCIPAL	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Carlos Maia Ortopedista
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BILHETE	41- SÉRIE
37- () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
38- () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- COD. ÓRGÃO EMISSOR	52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 12
48- DOCUMENTO () CNS () CPF	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

ORTOPEDIA X	CLÍNICA CIRURGICA	CLÍNICA MEDICA	CLÍNICA PEDIATRICA
----------------	-------------------	----------------	--------------------

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 141451
DATA 20/10/2015	HORA	CATEGORIA GIH
PACIENTE JOÃO BATISTA DA SILVA TORRES	DATA DE NASCIMENTO 29 12 1971	
ESTADO CIVIL SOLTEIRO	PROFISSÃO EMBALADOR	
ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA : SANTA LUZIA , 37		
MUNICÍPIO PIUM	BAIRRO PARNAMIRIM	UF RN
LOCAL DE TRABALHO	CEP	TELEFONE
FILIAÇÃO ANTONIO PEDRO DE TORRES / MARIA SOARES DA SILVA TORRES		
RESPONSÁVEL JOÃO MARCELO DOS SANTOS TORRES	TELEFONE	
ENDEREÇO		

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

26/10/15

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

FT Radio Distal (D)
e oclus / Dor
tala lula /

Dr. Carlos Maia
Ortopedista
CRM 8794

CONFERE COM ORIGINAL

OM 84.194-3
S. S. S. S.

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	Deo Claret Marques				Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome	Sérgio Roberto Tomaz				Idade	Sexo	
Data	24/12/15	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Out
Tipo sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia		
	Urina						
Ap. respiratório						Asma	Brôn
Ap. circulatório						Eletrocardiograma	
Ap. digestivo				Dentes	Pescoço	Ap. urinário	
Estado mental				Atarácicos	Corticoides	Alergia	Hipoc
Diagnóstico pré-operatório						Estado físico	Risc
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito	
Agentes Anestésicos	11:15 12:15 13:05						
Líquidos	L19 D19 D19						
Oper	260 250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10						
Anest.	X - Propofol 1.5g + Bloqueio de						
O Resp.	X - Bloqueio de						
P Pulso	X - Bloqueio de						
SÍMBOLOS	X ⊗ ⊗ A Res						
ANOTAÇÕES							
POSICÃO							
Agentes	Propofol 1.5g + Bloqueio de						
Técnica	Bloqueio de						
Operação	Ratário e						
Cirurgiões	Dr. Carlos Emanoel R. F. Júnior						
Anestesistas	Medico						
Observações	CRM - RJ 5.097						

Anotar no verso as complicações pré-anestésicas



Hospital

Nome do paciente			Nº prontuário
João Batista de Silva Torres			
Data operação	Dr. Fábio Ferreira		Leito
Operador	24/10/15 Dr. Rodrigo Galvão		1º auxiliar
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador	
Anestesista	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório Fx rádio distal D			
Tipo da operação RAFF com placa escoraculta volar			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Paciente em DDH sob anestesia geral
- 2) Paro do do gancho no MSD
- 3) Anestesia + antissepsia do MSD
- 4) Fecho incisão volar a nível do pulso D
- 5) Drenagem por plano
- 6) Visualizado por fratura
- 7) Fecho redução e acoplado placa de escoraculta volar. Checado sob de escopia
- 8) Parado os respectivos parafusos no seu tempo.
- 9) Checado a redução na escopia. Parado FK em 10
- 10) Imuniza com SDO-91.
- 11) Sutura por plano
- 12) Curativo local
- 13) Tala supracotilânea
- 14) Pot. encaminhado à PPA em observação

Dr. Rodrigo Galvão
Ortopedista
CRM 60467/3801-19/15

CONFERE COM ORIGINAL
CM 84.194-3
Servidor



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO DR. CLOVIS SARINHO
SETOR DE ULTRASSONOGRAFIA

Nome: JOÃO BATISTA DA SILVA TO... Data: 20/10/15

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL
(FAST)

- Não há sinais de líquido livre na cavidade abdominal detectável pelo método.

Dr. Sílvio Souza Paiva
CRM 1782

CONFERE COM ORIGINAL
dm 84-194-3
Secretor



Mário Augusto Silva Tenório
 Lousa

- Terça-feira do
 Ponto Amarelo

- Tratamento cirúrgico
 - Ficar com diminuição
 da mobilidade de
 C6x7 - extensão e
 flexão. Supinação do
 punho pernotido.

PROTÓTIPO
 RECEBIDO
 18 DEZ. 2015

Central de Marcação: 3003-1333
 www.agendesuaconsulta.amil.com.br
 CEAME/ORTOMEDIC

Dr. Mário Augusto N. Luzia
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 34.3281

DE M. REGULADOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CARTELA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOAO BATISTA DA SILVA TORRES

CIDADE: NATAL, RN

DATA DE NASCIMENTO: 29/12/1972

RACIA: ANTONIO PEDRO DE TORRES
 MARIA SOARES DA SILVA TORRES

SEXO: M

DATA DE EMISSÃO: 04/02/2013

DATA DE VALIDADE: 01/07/2015

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO: 06126366855
 NÚMERO DE REGISTRO: 01701690859


ASSINATURA DO PROFISSIONAL:

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

689759135

PROIBIDO PLASTIFICAR

DOCUMENTO 5 "T5%"





VITIMA

PROTOCOLO
 RECEBIDO
 16 DEZ. 2015
 JEM REGULADOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TECNOLÓGICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

Lucy Maria da Silva

IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

773.387 2A VIA DEBENTOR 18.05.1987

LUCY MARIA DA SILVA

SEBASTIÃO FRANCISCO DA SILVA
MARIA IZABEL DA CONCEIÇÃO

RESIDÊNCIA: SÃO TOME 05.07.1964

CANASCO MENDONÇA LV A-8 FLS 1714

DO CART. DE LAJES PINTADAS RN

Elmano Viveiros dos Santos
Assessor da Pol. de Identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR: LUCY MARIA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 05/07/1964

RELAÇÃO: 0017 7622 1640

MANEJO: NATAL/RN

JUIZ: 28/08/2013

DATA DE EMISSÃO: 28/08/2013

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - ANTRA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLÍCIA DIREITA

Lucy Maria da Silva

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - ANTRA ELEITORAL



RECEBIDO
22 DEZ. 2013
EM REGULADOR

INSCRIÇÃO EM C/P

666 205 076 15

MARIA DA SILVA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICAS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

Lucy Maria da Silva



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Joaquim Batista da Silva Torres
PORTADOR(A) DO RG Nº 129.2674 EXPEDIDO POR SSP RN EM 04.02.13 É CPF

83808090459

00000000000000000000

PROFISSÃO Autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO /
REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Joaquim Batista da S. Torres, AUTORIZO A SEGURADORA
LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

DOCUMENTO 1 T1%*



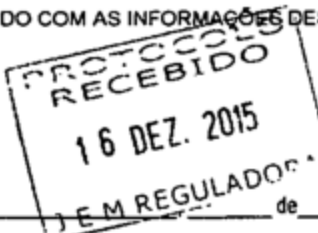
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0759 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12455-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.



LOCAL E DATA

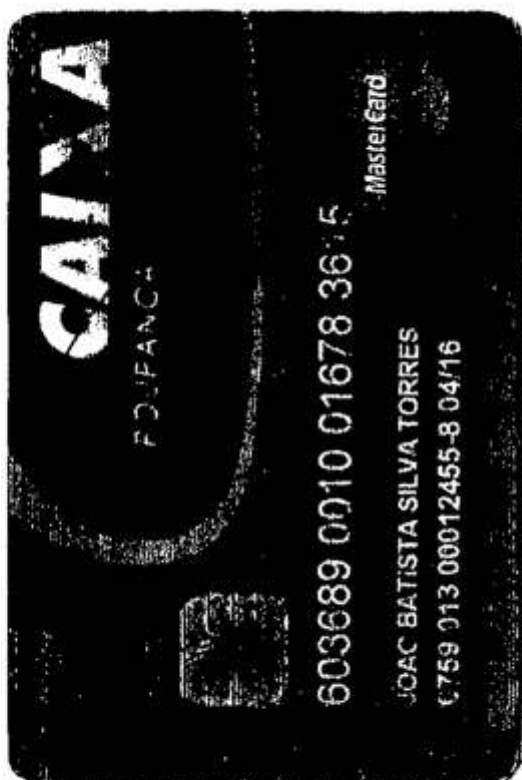
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Joaquim Batista da Silva Torres

19

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



PROTOCOLO
RECEBIDO
13 JUL 2015
1 E M REGULADORA

20



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

B O A T 88.7671

1 - LOCALE DATA

Local AV. CUG. ROBERTO FREIRE Bairro LAGOA ANILCO
Cidade/UF NATAL / RN P. Ref. FRENTE AO HIPER BOWARCO
Data 20/10/2015 Hora do acidente 13:16h Hora do registro 13:39h Dia da semana TERÇA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi 034 0080 Cidade NÍSIA FLORESTA UF RN
Marca/Mod. HONDA 16125 GW Cor NERA/CHAMA Ano 2013 / 2013
Proprietário JOSE JONAS DE LIMA Nº de Ocupantes 1
Condutor ISADORA BATISTA DA SILVA TORRES Data de Nasc. 29/12/1971
Endereço RUA SANTA LUCIA Nº 37A Fone 99188-3185
Bairro PICUM Cidade PARANANIRU UF RN
CPF Nº 838 180 904 59 CNH Nº 054 148 854 01 Validade 05/05/2016 Categoria AB
Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone
End. Nº Bairro Cidade

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi NNX 4546 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. GM CORSA SEDAN PREMIUM Cor PRATA Ano 2010 / 2011
Proprietário EDUARDO DE OLIVEIRA BARRETO Nº de Ocupantes 01
Condutor EDUARDO DE OLIVEIRA BARRETO Data de Nasc. 05/11/1968
Endereço AV. LENADOR SERGIO FILHO Nº 2019 Fone 99629-6000
Bairro LAGOA NOVA Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 035155-14139 CNH Nº 03182521890 Validade 17/12/2019 Categoria AB
Local de Trabalho PEL NINO CLINICA VETERINARIA Fone 99629-6000
End. AV. SEN. WILSON FILHO Nº 2019 Bairro LAGOA NOVA 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

DOCUMENTO 1 "T100"



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

08 DEZ. 2015
ARUANA SEGUROS S/A

08 DEZ. 2015
ARUANA SEGUROS S/A

04

17 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. ENG. ROBERTO FREIRE

Em que sentido? CENTRO / RUA NEGRA

Versão do condutor INFORMA QUE TRANSITAVA NORMALMENTE QUANDO Em que faixa? /

FUI (SURRECINDO) POR (V2) QUE (COLIDIU) NA PARTE POSTERIOR DE SEU VEÍCULO, O QUE CAUSOU A (QUEDA) E ACRESCU TA QUE FOI NECESSÁRIO DE SEU VEÍCULO.

Assinatura do Condutor do V1 /

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. ENG. ROBERTO FREIRE

Em que sentido? CENTRO / RUA NEGRA

Versão do condutor HEGA QUE TRANSITAVA NORMALMENTE QUANDO V1 ULTRAPASSOU Em que faixa? /

SEU VEÍCULO POR LADO ESQUERDO, QUE TOCO ATRÁS NA GABARIT A FRENTE DE SEU CARRO E FREIO BRUSCAMENTE PARA DIMINUIR A VELOCIDADE, DESLA ATRÁS FREIO SEU VEÍCULO PARA EVITAR A COLISÃO, PORÉM NÃO OBTIVE ÊXITO.

Assinatura do Condutor do V2 Aluati

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? /

Em que sentido? /

Versão do condutor /

Em que faixa? /

Assinatura do Condutor do V3 /

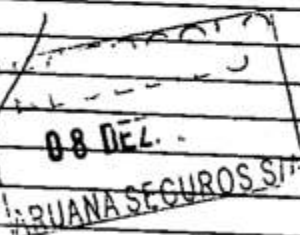
SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? /

Em que sentido? /

Versão do condutor /

Em que faixa? /

Assinatura do Condutor do V4 /



289-75-1

7 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

WIKI RANETA, KUBRO, POKO DE RANETA,
RANETA, PUNTO, KUBRO, SUCRO DE RANETA,

The first diagram shows a house-like shape with a rectangular base and a triangular roof. The second diagram shows a parallelogram on a set of horizontal lines.

PLACA PLANTADA, PIRACIBONE, FCA,
LADO.

The diagram shows a rectangle with a triangle inside it. The triangle's base is the top edge of the rectangle, and its apex is at the center of the bottom edge. To the right of the rectangle is a separate line segment that is parallel to the top and bottom edges of the rectangle.

11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☒ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____

Presenciou: ☒ Testemunha ☐ Foto ☐ Registro

Nome REGÉRIO DA SILVA SOUSA

RG Nº 3.057.288

Órgão Expedidor SSP/AN

Data de Nascimento 05/10/82

Endereço AV. MIRA JK ES

Bairro NOVA MIRA

Nº 751

Fone 98764-1358

Versão INFORMA QUE O COMPUTAR DE V1 TRANSITAVA A FRENTE DE V2 E

UF RN

REDUZIU SEU VEÍCULO BRUSQUEMENTE, O QUE OCASIONOU A COLISÃO.

Assinatura Regério da Silva Sousa

Hora _____

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____

Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Foto ☐ Registro

Nome _____

RG Nº _____

Órgão Expedidor _____

Data de Nascimento _____

Endereço _____

Bairro _____

Nº _____

Fone _____

Versão _____

Cidade _____

UF _____

Assinatura _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____

Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Foto ☐ Registro

Nome _____

RG Nº _____

Órgão Expedidor _____

Data de Nascimento _____

Endereço _____

Bairro _____

Nº _____

Fone _____

Versão _____

Cidade _____

UF _____

Assinatura _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____

Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Foto ☐ Registro

Nome _____

RG Nº _____

Órgão Expedidor _____

Data de Nascimento _____

Endereço _____

Bairro _____

Nº _____

Fone _____

Versão _____

Cidade _____

UF _____

Assinatura _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Hora _____

Placa _____ Cidade _____

Nome _____

Endereço _____

Bairro _____

SAMU USB06

UF _____

Marca/Modelo _____

RG Nº _____

Órgão Exp. _____

Nº _____

Fone _____

16 - IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO ATNº _____

COD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

O CONDUTOR DE V1 FOI OLHADO DENTRO DA AMBULÂNCIA DO SAMU REGISTAR COM O
ESPAÇO DENTRO DA AMBULÂNCIA E NÃO TEVE CONDIÇÕES DE ASSINAR A SUA VERSÃO.
O CONDUTOR DE V1 TEVE ESCURTELAÇÕES E PROVAVELMENTE FRATURA NO BRACÇO
DIREITO, FOI USUÁRIO POR SEMPRE ATÉ O PRATO SOCORRISTA CLAUDIO SARINHA.

Nome Completo do Agente LEANDRO AQUARIS DOS REIS

POSTO/GRAD.: SD PM Nº 10.0833

Local e Data NILM, 20 de OUTUBRO de 2015

Vitória PRE 140

Subunid.: 3º GPPE

Assinatura do Agente de Trânsito

04



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

Rua Porto de Imbituba, s/n, Conjunto Santa Catarina, Potengi - Natal - Rio Grande do Norte
Fone: (84) 3232-1514 - E-mail: cpresetordetrafege@hotmail.com

Natal/RN, 22 de Outubro de 2015.

BOAT nº: 88761

Data: 20.10.2015

Local: Av. Engenheiro Roberto Freire - Capim Macio - Natal/RN

Veículos envolvidos:

(V-1) HONDA/ CG 125 FAN KS - OJT 0090

(V-2) GM/ CORSA SEDAN PREMIUM - NNX 4546

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor de V - 2 deixou de observar o que preceituam os artigos 28 e 29-II.

Tony Swamarn Vale Castro Cap. QOPM
Mat. 170.077-4
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

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

Número da ocorrência: 960189 Data/hora registro: 22/10/2015 12:16:38
Número/control: 78RS7LL7U9SU8LZVJ2WS

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

nnufna



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO

B O A T 88.7611

1 - LOCAL E DATA

Local AV. CUG. ROBERTO FREIRE Bairro LAGOA ANICÓ
Cidade/UF NATAL / RN P. Ref. FRENTE AO HIPER BOWARCO
Data 20/10/2015 Hora do acidente 13:16h Hora do registro 13:39h Dia da semana TERÇA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi 034 0030 Cidade NÍSIA FLORESTA UF RN
Marca/Mod. KOOL 16125 GW Cor VERDE-AMARELO Ano 2012 / 2013
Proprietário JOSE JONAS DE LIMA Nº de Ocupantes _____
Condutor JOAO BATISTA DA SILVA TORRES Data de Nasc. 29/12/1971
Endereço RUA SANTA ANITA Nº 37A Fone 99188-3185
Bairro PICUA Cidade PARANÁ UF RN
CPF Nº 838 180 904 59 CNH Nº 054 148 854 04 Validade 05/05/2016 Categoria AB
Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

DOCUMENTO 3 "T3%"



4 - VEÍCULO 02:

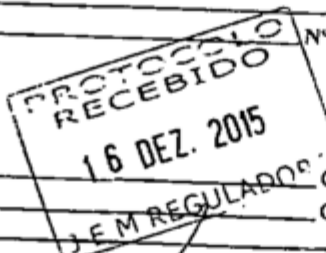
Placa ou Chassi NNX 4546 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. GM / CORSA SEDAN PREMIUM Cor BRANCA Ano 2010 / 2011
Proprietário EDUARDO DE OLIVEIRA BARRETO Nº de Ocupantes 01
Condutor EDUARDO DE OLIVEIRA BARRETO Data de Nasc. 05/11/1968
Endereço AV. LENADOR SARGENTO ELITO Nº 2019 Fone 99629-6000
Bairro LAGOA NOVA Cidade MATAZ UF RN
CPF Nº 035155-1434 CNH Nº 031835-21890 Validade 17/12/2019 Categoria AB
Local de Trabalho PELADO CLÍNICA VETERINÁRIA Fone 99629-6000
End. AV. SEN. VARGAS FILHO Nº 2019 Bairro LAGOA NOVA 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 _____



Ato Decoratório 07