

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 SARINHO



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL**

PACIENTE
**DATA DE
ENTRADA**

JOAO BATISTA DA SILVA TORRES
20/10/2015 HORA 14:07 N° BAA 129780

IDADE
CARTÃO SUS

43 SEXO M ETNIA Pardo
- ESTADO CIVIL Solteiro(a)

CPF
NOME DA MÃE

838.180.904-59 RG 1292674 - SSP

NOME DO PAI

MARIA SOARES DA SILVA TORRES

NASCIMENTO

ANTONIO SOARES DA SILVA TORRES

TELEFONE
RUA/AV.

29/12/1971

(85) 9150-3409

COMPLEMENTO

Rua Santa Luzia N° 37

CEP

59160-670

ORIGEM

Ambulância - SAMU

ACID. DE TRABALHO

Não

NATURALIDADE

PROFISSÃO

Nova Cruz-RN

Embalador

BAIRRO

CIDADE

Plum

Parnamirim-RN

MOTIVO

Acidente de Trânsito / Moto - Carro

USUÁRIO

Josilma

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente trazido pelo SAMU vítima de queda de moto há aproximadamente 1h. Refere uso de capacete e nega perda de consciência, náusea e vômitos. Dor dor cervical e palpável, dor em ombro direito, punho direito, abdome e à mobilização da pelve, bem como joelho direito (este último com limitação de movimento).

Lorabilidade: Positiva

Alergia: Negativa

VAT: Desconhece.



EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VA pálida. Dor cervical

B Eupneico. FP: MN+, somático, A/R+

C Estável.

D Glasgow = 15

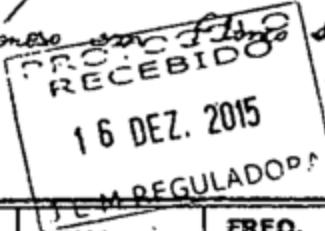
E Escoriação em ombro direito e joelhos direito e joelho D.

29/10/2015 CID: 84.194-3 Servidor

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Pelve: Dolorosa.

Abdome: Flácido e doloroso em fôlego direito e F.I.D.



CONFERE COM ORIGINAL
CID 84.194-3
Servidor

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

DIAGNÓSTICO INICIAL

08

CID

SPECIALIZADO 1

✓ DCF

ZADOK 1
parent of *Chloris* & *Scutellaria*

EXAME FÍSICO

~~BB ages~~ figure 15 paper measures
in feet under

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

RC d cônus - Ausência d colap's retroescorámos on-
posturas

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

oITROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

~~Voltaren 75 mg bag 5 mg
Dymine 100 mg tu~~

~~Dr. L. C. O'Brien~~
NEUROSCIRURGIA
LIBRARY 4257

Salto en el río de
la costa

of alle de vor

A small, faint stamp or mark located at the bottom right corner of the page.

Acessando o Currículo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ESTE NÚMERO DA ESCALADA DE ESPAÑA ESTÁ ASESINADO

| ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSOW | |
|---|-----|
| Alerta Global [50] | 50 |
| Resposta ao estímulos visuais [10] | 10 |
| Resposta ao estímulo auditivo [10] | 10 |
| Resposta ao estímulo táctil [10] | 10 |
| Resposta ao estímulo por endereço doloroso [10] | 10 |
| Resposta ao estímulo de dor [10] | 10 |
| Resposta ao estímulo visual [10] | 10 |
| Consciência [50] - medida consciente (apreendendo os processos sobre o seu mundo, local, como está e o que deve fazer...) - | 50 |
| Consciência, percepção ou processos mentais, seja consciente ou inconsciente | 40 |
| Perda de consciência [Pode dormir, mas não tem consciência] | 30 |
| Sono profundo [desconectado com o ambiente] | 20 |
| Anestesia | 10 |
| Resposta ao estímulo doloroso [10] | 10 |
| Resposta ao estímulo auditivo [10] | 10 |
| Resposta ao estímulo táctil [10] | 10 |
| Resposta ao estímulo por endereço doloroso [10] | 10 |
| Resposta ao estímulo de dor [10] | 10 |
| Resposta ao estímulo visual [10] | 10 |
| Total [100] | 100 |

**“ESCALA DE TRABALHO DO
TRABALHO REVISADA, - RTS**

| DISCRIMINADOR | PONTUACAO |
|-------------------------------|-----------|
| ESCALA DE COISA DE GLASGOW | 0-15 |
| 0-12 | =2 |
| 1-9 | =2 |
| 4-10 | =1 |
| 1-3 | =0 |
| 16-20 | =4 |
| >20 | =3 |
| 6-10 | =2 |
| 1-5 | =1 |
| 00 | =0 |
| 2-5 | =4 |
| 70-100 | =3 |
| 50-70 | =2 |
| 1-40 | =1 |
| 00 | =0 |

CLASSIFICAÇÃO DO TCE

53-40-green [secondary side of
interior side (adult);
53-3-modulator;
44-12-juvenile

*Putterlick: TEASDALE G., JERSET, B.
Assessment of cocaine and its lipid
concentrations. A partial scale. *J. anal.
toxicol.* 2:28-31

"A escola propõe plena e diversa condição e que
coincide com Metá-experiência. Na Escola Constitutiva
suficiente ao ponto que descreve a Interdisciplinaridade
de acordo com os seguintes adjetivos: — ?

| SENIOR | LEVE | Moderado | Intensa | Pior Possível |
|--------|------|----------|---------|---------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A
B
C
D
E

A (ALERGIAS): _____

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)***

Rx de Ombro (AP e Obliquos)

Rx de tórax (AP)

Rx de pelve (AP)

Rx de fôvea (AP e Perfil)

USG: abdome - FAST

Rx de punho (AP e Perfil)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

VAT

Dra. Cláudia Góes

medico

CRM/RN: 7808

Istotam 45mg - longe, TM: CRM/RN: 7808

Rx de tórax: Sem fratura de raios cortais, pneumoperitoneum ou pneumotorax.

USG: Ausência de líquido livre com comadade abdominal.

Conduta: Atto da L. General

Dra. Cláudia Góes + Dra. Marisa
medico
CRM/RN: 7808Dra. Márcia M. G. de Araújo
Angiologia e Radiologia
CRM/RN: 815

CONFERE COM ORIGINAL

CRM/RN: 84-194-3

Sindoor

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

| | | | |
|-----------------|---------------------|-------------|----------------|
| ESPECIALISTA 1: | <i>Numerologia</i> | HORA: 14:18 | DATA: 20/10/15 |
| ESPECIALISTA 2: | <i>Oftalmologia</i> | HORA: 15:40 | DATA: 20/10/15 |
| ESPECIALISTA 3: | | HORA: | DATA: |

Dra. Cláudia Góes
medico
CRM/RN: 7808

ANAMSESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLÓGIA E IMAGEM)

R & P sulla D P2

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Rx W/2

Pete deixa de sentar
 Quimica ex
 Sintomas negatos

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

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

16/10

- bruxa
 - plmnsus

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. L.T.E.P.

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. L.T.E.P.

10



Sistema
Único de
Saúde Ministério
da
Saúde

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA N° 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

NACIONALIDADE

BRASILEIRA

DATA DE NASCIMENTO

29/12/1971

IDADE

44

RELIGião

RACA/COR

ESCOLARIDADE

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO

PROFISSÃO

EMBALADOR

TELEFONE

NOME DA MÃE

MARIA SOARES DA SILVA TORRES

ANTONIO PEDRO DE TORRES

CPF RG ORG. EXP. UF CARTÃO DO SUS

ENDERECO

RUA SANTA LUZIA 37

COMPLEMENTO

BAIRRO

PIUM

MUNICÍPIO

PARNAMIRIM

UF

CEP

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

PARENTESCO

TELEFONE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

MOTIVO

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DESCRIMINADOR

DOENÇAS PREEXISTENTES

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
 - VIOLENCIA DOMÉSTICA
 - QUEDA
 - OUTROS

| | | |
|-----------------|---------------------------|---|
| Abertura Ocular | Esportânea | 4 |
| | À voz | 3 |
| | À dor | 2 |
| | Nenhuma | 1 |
| Resposta Verbal | Orientada | 5 |
| | Confusa | 4 |
| | Palavras Inapropriadas | 3 |
| | Palavras Incompreensíveis | 2 |
| | Nenhuma | 1 |
| Resposta Motora | Pedece comandos | 6 |
| | Localiza dor | 5 |
| | Movimento de retrada | 4 |
| | Flexão anormal | 3 |
| | Extensão anormal | 2 |
| | Nenhuma | 1 |

HISTÓRIA CLÍNICA

FT / *paciente* DISTA

D

RECEBIDO

16 DEZ. 2015

EM REGULADO

EXAME FÍSICO

CONFIRMADO POR:
004 84.194-3
SERVIDOR

Dr. Carlos Maia
Ortopedista
CRM 6794



LAUDÓ PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

| | |
|--|--------------------|
| 1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | 2- CNES |
| 3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLEIO 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- RACA/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 <i>Kritischen Punkt DISTA C</i> <i>pubo (D)</i> |
| 21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | <i>Pro c. circunsc.</i> CONFERE COM ORIGINAL <i>084.194-3</i> Senador |

| | | | |
|--|----------------------|--------------------|------------------------------|
| 22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) | Rx + Exame fisico | | |
| 23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>FRACC. RECEBIDO 16 DEZ. 2015</i> <i>EM REGULADORE</i> | 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- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Carlos Mora Ortopedista</i> |
| 33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | 34- DATA DA SOLICITAÇÃO | 35- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) | |

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

| | | | | |
|---|------------------------|---------------------|----------------|-------------------|
| 36- () ACIDENTE DE TRÂNSITO | 39- CNPJ DA SEGURADORA | 40- N° 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- CÓD. ÓRGÃO EMISSOR | 52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |
| 48- DOCUMENTO () CNS () CPF | 49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 50- DATA DA AUTORIZAÇÃO | 51- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) | |



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

| | | | |
|----------------|-------------------|----------------|--------------------|
| ORTOPEDIA X | CLÍNICA CIRÚRGICA | CLÍNICA MÉDICA | CLÍNICA PEDIATRICA |
|----------------|-------------------|----------------|--------------------|

ENFERMARIA Nº LEITO PRONTUÁRIO
20/10/2015 141451

PACIENTE DATA DE NASCIMENTO
JOÃO BATISTA DA SILVA TORRES 29 12 1971

ESTADO CIVIL PROFISSÃO
SOLTEIRO EMBALADOR

ENDEREÇO (RUA, N°)
RUA : SANTA LUZIA , 37

MUNICÍPIO BAIRRO UF CEP
PIUM **PARNAMIRIM** **RN**

LOCAL DE TRABALHO TELEFONE

FILIAÇÃO
ANTONIO PEDRO DE TORRES / MARIA SOARES DA SILVA TORRES

RESPONSÁVEL TELEFONE
JOÃO MARCELO DOS SANTOS TORRES

ENDERECO

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

26/10/15

ÓBITO

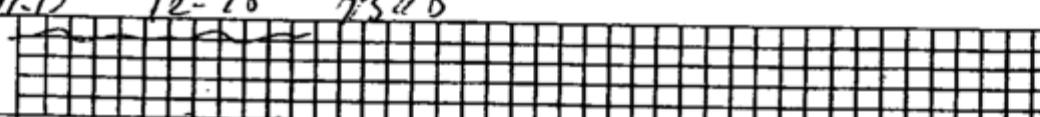
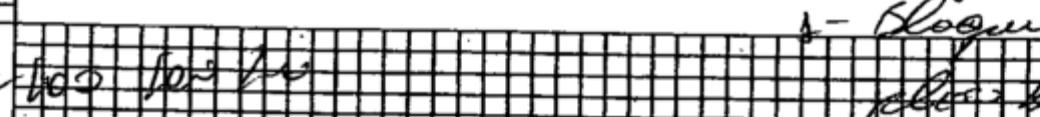
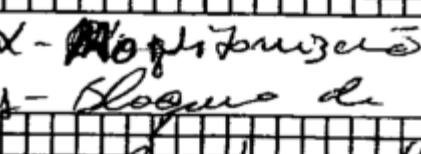
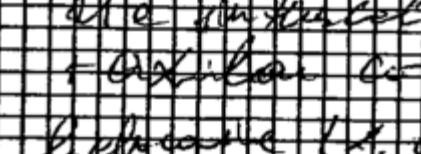
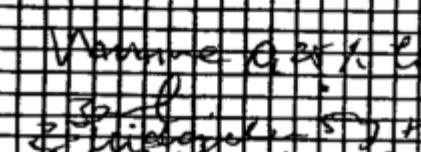
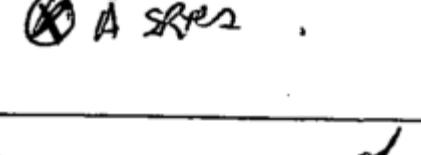
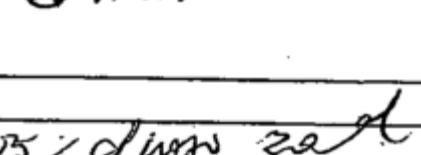
HISTÓRIA CLÍNICA

*Fr Fractura Distal
Coluna / Doen
Tala lux*

*Dr. Carlos Maia
Ortopedista
CRM 6794*

*CONFERE COM ORIGINA
OM 84 194-3
Scandor*

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

| Hospital | Anestesiologia e Casoterapia | | | | Enfermaria | Leito | Nº prontuário |
|---|--|------------------|-------------|--------------|--------------------|--------|---------------|
| Nome | Fábio Bahia Tomé | | | | | Idade | Sexo |
| Data | 24/10/15 | Pressão arterial | P脉搏 | Respiração | Temperatura | Peso | Outras |
| Tipo sanguíneo | Hematíes | Hemoglobina | Hematocrito | Glicemia | Urina | | |
| | Urina | | | | | | |
| Ap. respiratório | | | | | Aasma | Bron | |
| Ap. circulatório | | | | | Eletrocardiograma | | |
| Ap. digestivo | Dentes | | Pescoço | Ap. urinário | | | |
| Estado mental | Ataracicos | | Corticoides | Alergia | Hipo | | |
| Diagnóstico pré-operatório | | | | | Estado fisiológico | Riscos | |
| Anestesias anteriores | | | | | | | |
| Medicação pré-anestésica | | | | Aplicada às | Efeito | | |
| 11:15 12-10-2015 Agentes Anestésicos: O2  Liquidos: Lactato D5W 1L  Oper.: Serrilho 100% for 1h  Anest.: X O Resp.: O P Pulso: X       | | | | | | | |
| SÍMBOLOS | X | O | (X) | | | | |
| ANOTAÇÕES | | | | | | | |
| POSIÇÃO | | | | | | | |
| Agentes | Anestesia: 1; Glicose + Furosemida 0,25%; dextroze 30% | | | | | | |
| Técnica | Bloqueio de nervos de braço e perna. | | | | | | |
| Operação | Ressecção de tumor cerebral. | | | | | | |
| Cirurgiões | Dr. Carlos Simões R. F. Junior | | | | | | |
| Anestesistas | Médico | | | | | | |
| Observações | CRM - RN 5.397 | | | | | | |



Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

João Batista de Sóis Torres

Data operação

Dr. Fabio Ferreira

Leito

Operador

24/10/05 Dr. Rodolpho Cesar

Auxiliar

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesiista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Fractura distal D

Tipo de operação

RAFF com placa escoramento valor

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Paciente em DOR sob anestesia geral
- 2) Paracoxim do gânglio no MS
- 3) Aspiração + antisepsia do MS
- 4) Feito incisão valor a nível do pulso D
- 5) Dissecção por planos
- 6) Visualizado por fratura
- 7) Feito redução e aplicado placa de escroto
- valor - checado se é de escroto
- 8) Passado os respectivos parafusos nos seus furos.
- 9) checado a redução na escroto - Pernoite feito
- 10) limpeza com 500-90.
- 11) sutura por planos
- 12) curativo liberal
- 13) talo suspensório
- 14) POF encaminhado à PPA seu interessado

Dr. Rodolpho Cesar
Ortopedista
CRM 6046 / CRB 01 1025
RJ

CONFIRA COM ORIGINAL
04.10.1993

Síndicato



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 TORRES 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
CRM 94-194-3
Série 30

ORTOMEDIC ORTOMEDIC ORTOMEDIC ORTOMEDIC ORTOMEDIC
MEDIC ORTOMEDIC ORTOMEDIC ORTOMEDIC ORTOMEDIC ORTOMEDIC
ORTOMEDIC ORTOMEDIC ORTOMEDIC ORTOMEDIC ORTOMEDIC ORTOMEDIC



ORTOMEDIC

N/ Joxo 370512 5.007 Furos
Lousa
- Tom / Cintura do
Perna Direita
- Fratamente cunha
Fical com dimensão
de mobilidade de
flexo-extensão e
rotação. Sustentação do
pescoço remota.
~~PRETO~~
~~RECEBIDO~~
18 DEZ. 2015

Dr. Mário Aurélio N. Lima
Proteção e Tratamento
Fone: 94-37381

Central de Marcação: 3003-1333
www.agendesauaconsulta.amil.com.br

CEAME/ORTOMEDIC

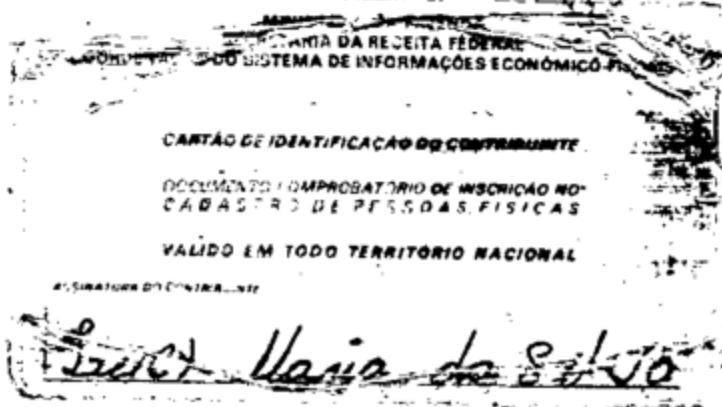
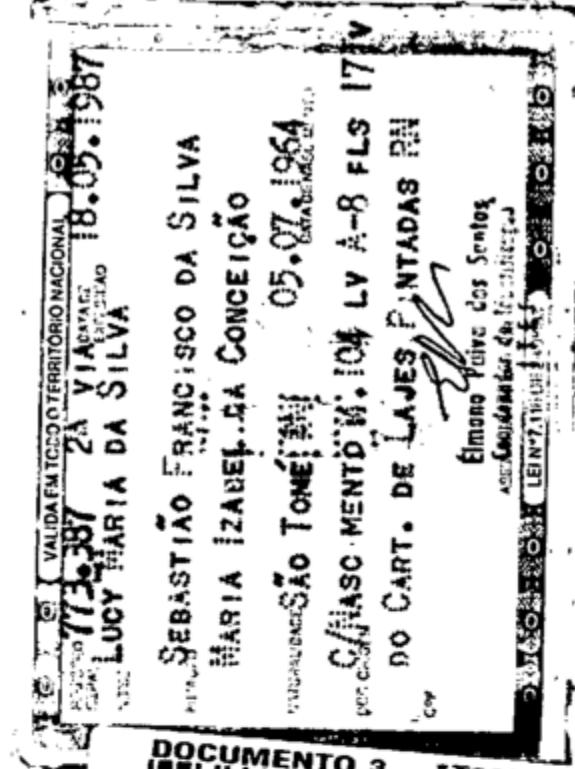
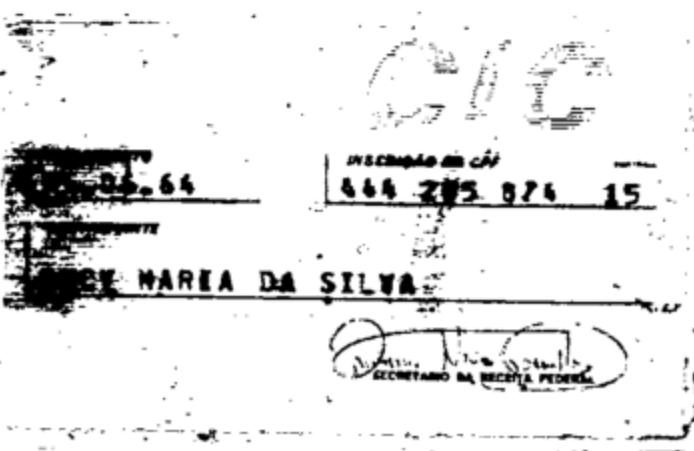
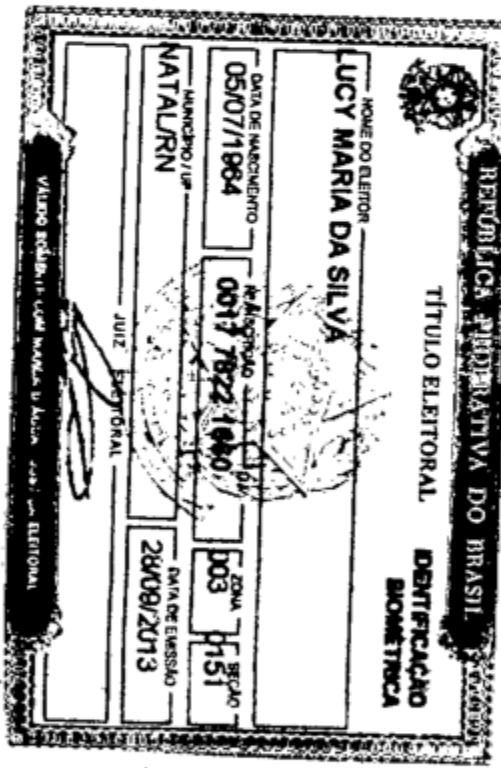
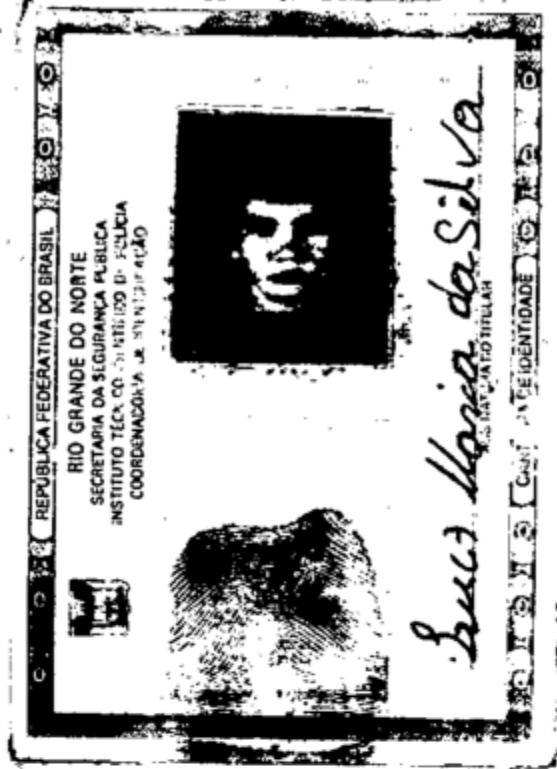
J E M REGULADOR

Rua Coronel Joaquim Manoel, 615 - Ed. Harmony Center - Sala 106 - Petrópolis - Natal/RN



VITIMA

PROTOCOLO
RECEBIDO
16 DEZ. 2015
JEM REGULADOR





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, Jacó Batista da Silva Torres, PORTADOR(A) DO RG Nº 1.29.2674, EXPEDIDO POR SSPI RN, EM 04/02/13 É CPF

038180909.69 /CNPJ 0000000000000000, 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 Jacó 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 aparecem 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 Lotéricas 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/bene cários.

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 DESCRIKTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

*PROCESSO RECEBIDO
16 DEZ. 2015
EM REGULADO**

LOCAL E DATA

de

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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.dpvtsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



PROTÓCOLO
RECEBIDO
15/02/2015
EM REGULADORA

3W



B O A T

887611

1 - LOCAL E DATA

Local AV. ENG. ROBERTO FREIRE
Cidade/UF NATAI / RN
Data 20/10/2015 Hora do acidente 13:16h
Bairro CASA AMARO
P. Ref. FRENTE / AD. SUPER BOMARCO
Hora do registro 13:39h Dia da semana TERÇA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> - Colisão Frontal | <input type="checkbox"/> - Colisão Lateral | <input type="checkbox"/> - Capotamento | <input type="checkbox"/> - Atropelamento |
| <input checked="" type="checkbox"/> - Colisão Posterior | <input type="checkbox"/> - Colisão Transversal | <input type="checkbox"/> - Choque | <input type="checkbox"/> - Outro(s) |

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi 034.00.80 Cidade NÍSIA FLORESTA UF RN
Marca/Mod. HONDA /CB250X Cor VERMELHA Ano 2013 / 2013
Proprietário JOSE. JONAS DE LIMA Nº de Ocupantes 01
Condutor JOAO SANTOS DA SILVA TORRES
Endereço AV. SANTA LUZIA
Bairro PIUM
CPF N° 838.180.904-59 CNH N° OS4 K48 859 04 Validade 05/03/2016 Categoria AB
Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone 99188-3185
End. Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi NNX 4546 Cidade NATAI UF RN
Marca/Mod. GM / CORSA SEDAN PRATINUM Cor PRATA Ano 2010 / 2011
Proprietário EDUARDO DE OLIVEIRA BARRETO Nº de Ocupantes 04
Condutor EDUARDO DE OLIVEIRA BARRETO Data de Nasc. 05/11/1968
Endereço AV. LENINOR SREGMA 21890
Bairro LAGOA NOVA Nº 2019 Fone 99629-6000
CPF N° 635155-4139 CNH N° 03182521890 Validade 17/12/2019 Categoria AB
Local de Trabalho PE. NUNO CLÍNICA VETERINÁRIA Fone 99629-6000
End. AV. SEN. VIEGAS 21890 Bairro LAGOA NOVA Cidade AUTÔNOMO

5 - VEÍCULO 03:

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

DOCUMENTO 1 "T1%"



6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi 08 DEL. 2015 Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. NASGUROSSIA Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____
CPF N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Cidade _____

PRO
REC

08 DEZ. 2015

ARUANASEGUROS

08 DEZ. 2015

</div

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? AV ENG. FERREIRO FREIRE
Em que sentido? CENTRO / PRAIA NEGRA
Versão do condutor INFORMA QUE TRANSITAVA NORMAMENTE QUANDO VIU
FUI / (SURREALMENTE) POR V2 QUE (COLIDIR) NA PARTE POSTERIOR
DE SEU VEÍCULO, O QUE OCASIONOU A Queda e AGRESOU
FIZ QUE FOI ARREMESSADO DE SEU VEÍCULO.

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? AV. ENG. FERREIRO FREIRE
Em que sentido? CENTRO / PRAIA NEGRA

Versão do condutor MEGA QUE TRANSITAVA NORMAMENTE QUANDO VI UTRADISSOU
SEU VEÍCULO PELO GATO ESTANGADO, QUE FOGE APÓIS NA FRENTE
O FRONTE DE SEU SANTO E FREIOU BRUSCALENTE PARA DILIGIR
A VELOCIDADE, DESLIZA ATRÁS FREIOU SEU VEÍCULO PARA EVITAR
A COLISÃO, PORÉM NÃO OBTeve êXITO.

Assinatura do Condutor do V2

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?

08 DEL.

BRUNA SECUROS S/A

Assinatura do Condutor do V4

8 - CONDIÇÕES DA PISTA

- | | | |
|--|---|---|
| Luminosidade | Cond./Tempo | Tipo da Pista |
| <input type="checkbox"/> Amanhecedo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input checked="" type="checkbox"/> Asfalto |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia | <input type="checkbox"/> Nublado | <input type="checkbox"/> Paralelepípedo |
| <input type="checkbox"/> Anoitecendo | <input type="checkbox"/> Chuva | <input type="checkbox"/> Concreto |
| <input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação | <input type="checkbox"/> Nebulosa | <input type="checkbox"/> Cascalho |
| <input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação | <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Terra |
| <input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente | | <input type="checkbox"/> Outros |

- | |
|--|
| Caract./Pista |
| <input checked="" type="checkbox"/> Reta |
| <input type="checkbox"/> Curva |
| <input type="checkbox"/> Aclive Íngreme |
| <input type="checkbox"/> Aclive Suave |
| <input type="checkbox"/> Declive Íngreme |
| <input type="checkbox"/> Declive Suave |
| <input type="checkbox"/> Lombada |
| <input type="checkbox"/> Cruzamento |
| <input type="checkbox"/> Rotatória |
| <input type="checkbox"/> Retorno |
| <input type="checkbox"/> Entroncamento |
| <input type="checkbox"/> Bifurcação |

- | |
|--|
| Cond./Pista |
| <input checked="" type="checkbox"/> Seca |
| <input type="checkbox"/> Molhada |
| <input type="checkbox"/> Inundada |
| <input type="checkbox"/> Poças D'água |
| <input type="checkbox"/> Olhoso |
| <input type="checkbox"/> Enlameada |
| <input type="checkbox"/> Em Obrns |
| <input type="checkbox"/> Com Buraco |
| <input type="checkbox"/> Com Areia |

- 83-76-4
- | |
|--|
| Sinalização |
| <input type="checkbox"/> Inexistente |
| <input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito |
| <input checked="" type="checkbox"/> Do Semáforo |
| <input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre |
| <input checked="" type="checkbox"/> Linha <u>FAIXA SISTEMATICA</u> |
| <input type="checkbox"/> Placa(s) |
| <input type="checkbox"/> Lombada eletrônica |
| <input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. <u>KM/H</u> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



ÁRVORE



VESTÍGIOS



SEMÁFORO



PEDESTRE



BICICLETA OU MOTO



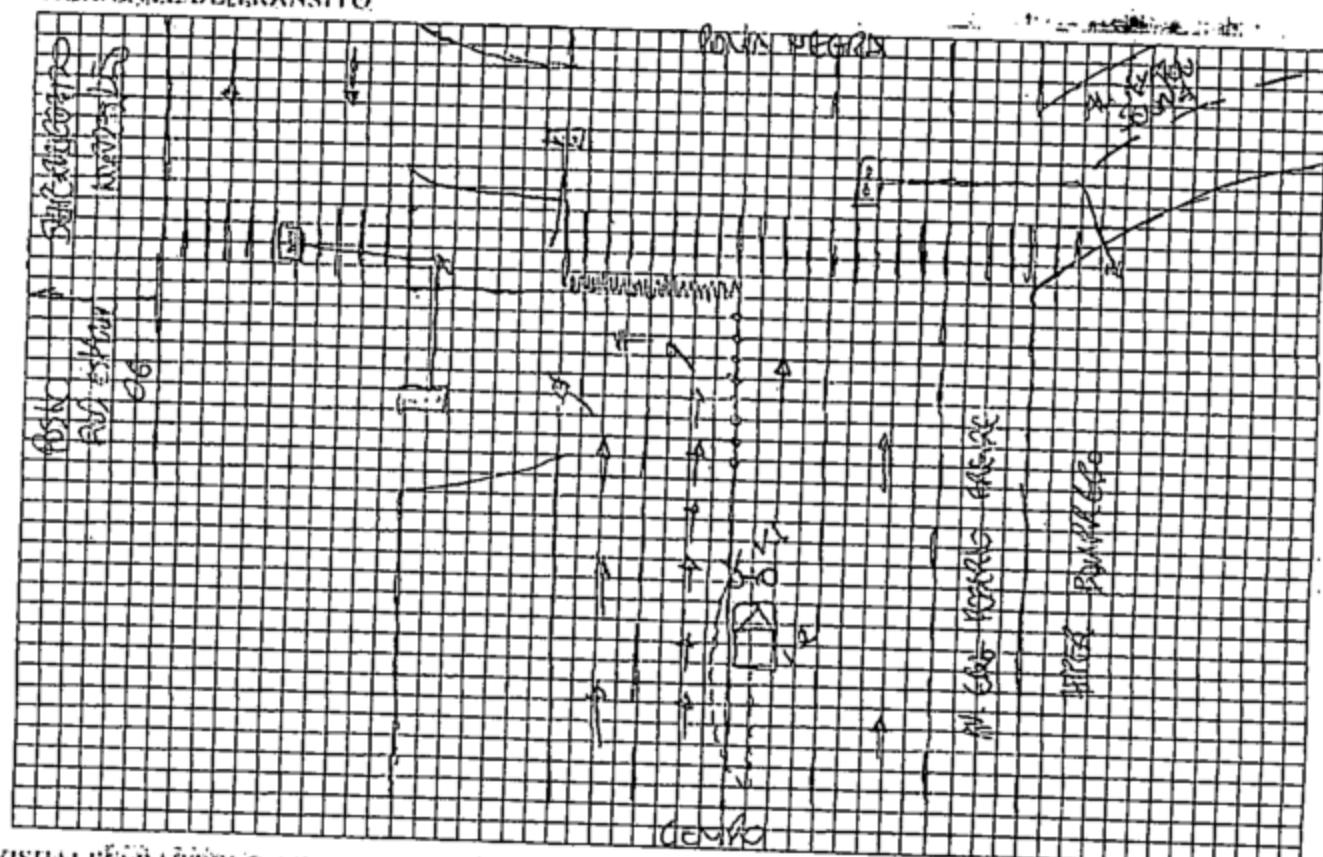
CARRO DE PEQUENO PORTO



CAMINHÃO OU ÔNIBUS



CARRETA



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

VIVA CORTE, ISQUEIRO, PORTA DE MARCHA,
MANETE PUNHO FSA, SUPORTE DO FILTRO,



| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

AVARIAS DO VEÍCULO 3



| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

AVARIAS DO VEÍCULO 2

PLACA DIANTEIRA, PARAFUSOS, FEA,
CAFÉ.



| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

AVARIAS DO VEÍCULO 4



| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Testemunha: Fato Registro
 Presenciou: Fato Registro

Nome ROGÉRIO DA SILVA SOUZA RG Nº 3.052.788 Órgão Expedidor SSP/RN Data de Nascimento 05/10/1982
 Endereço AV. MILA JK ES Cidade MATAI Nº 751 Fone 38764-1358
 Bairro MORADA UF RN
 Versão INFORMAM QUE O CONDUTOR DE V1 TRANSITAVA A FRENTE DE V2 E REBATEU SEU VEÍCULO BRUGUARDE, D. QUE OCASIONOU A QUITADA.

Assinatura Rogério da Silva Souza Hora _____

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

Testemunha: Fato Registro
 Presenciou: Fato Registro

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

Assinatura _____ Hora _____

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

Testemunha: Fato Registro
 Presenciou: Fato Registro

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

Assinatura _____ Hora _____

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

Testemunha: Fato Registro
 Presenciou: Fato Registro

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

Assinatura _____ 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 AITNº _____ CÓD/DES'D _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

O CONDUTOR DE V1 FOI OUVIDO dentro da ambulância da SAMU, ESTAVA COM SEU PEGUEIRO IMOBILIZADO E NÃO TEVE CONDIÇÕES DE ASSINAR A SUA VERGEM. O CONDUTOR DE V1 TEVE ESCALFADORES PROVOCADAMENTE FRATURA NO BRAÇO DIREITO, FOI CONDUZIDO PELA SAMU ATÉ O PRATO SUCRE CLÓVIS SARIMANA.

Nome Completo do Agente LEANDRO FAUARIS DOS RG'S
 POSTO/GRAD.: SP PM Nº 10.0833 Viatura PRE 140 Subunid.: 3º GPRE
 Lotação e Data N.D.W. de 20 de OUTUBRO de 2015 Assinatura do Agente de Trânsito 04



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

Rua Porto de Imbituba, s/n, Conjunto Santa Catarina, Potengi - Natal - Rio Grande do Norte
Fone:(84) 3232-1514 - E-mail: cpresetordetrafego@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 da autenticidade na internet: <http://www.pn.rn.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Número da ocorrência: 960189 Data/hora registro: 22/10/2015 12:16:38
Número/controlle: 78RS7LL7U9SLJ8LZW32WS

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

mufra

05



B O A T 887611

1 - LOCAL E DATA

Local AV. ENG. ROBERTO FREIRE
Cidade/UF NATAI / RN
Data 20/10/2015

Hora do acidente 13:16h

Hora do registro

Bairro CANTO MECÔ

P. Ref. FRENTE AO SUPER BOMPRECO

Dia da semana TERÇA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

- Colisão Frontal
 - Colisão Posterior

- Colisão Lateral
 - Colisão Transversal

- Capotamento
 - Choque

- Atropelamento
 - Outro(s)

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi 071.00.20

Cidade NÍSIA FLORESTA

UF RN

Marca/Mod. VOLKSWAGEN GOL

Cor PRETA

Ano 2013 / 2013

Proprietário JOSE JONAS DE LIMA

Nº de Ocupantes

Condutor JOAO BATISTA DA SILVA TORRES

Data de Nasc. 29/12/1971

Endereço AV. SANTA LÚCIA

Cidade PARANAMIRIM

UF RN

CPF/Nº 838 180 904 59

CNH Nº 059 148 859104

Nº 31A

Fone 99188-3185

Local de Trabalho Autônomo

Validade 05/03/2016 Categoria AB

End.

Nº _____ Bairro _____

Cidade _____

DOCUMENTO 3 "T3%"



4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi NNX 4596

Cidade NATAI

UF RN

Marca/Mod. GM / CORSA SEDAN 1.0 16V

Cor PRATA

Ano 2010 / 2011

Proprietário EDUARDO DE OLIVEIRA BARRETO

Nº de Ocupantes 04

Condutor EDUARDO DE OLIVEIRA BARRETO

Data de Nasc. 05/11/1968

Endereço AV. LENINOR Sampaio Filho

Cidade NATAI

Nº 2019 Fone 99629-6000

Bairro LAGOA NOVA

Cidade NATAI

UF RN

CPF/Nº 035155-14139

CNH Nº 031825.21890

Validade 17/12/2019 Categoria AB

Local de Trabalho PET NATAI CLÍNICA VETERINÁRIA

Fone 99629-6000

End. AV. SEN. VARGAS FILHO

Nº 2019 Bairro LAGOA NOVA

Cidade NATAI

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. _____

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. _____

Cidade _____

