



Número: **0801141-73.2019.8.20.5126**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Santa Cruz**

Última distribuição : **08/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCOS MACIEL DE ARAUJO (AUTOR)		PAULO EDUARDO VICENTE DA SILVA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58848 777	19/08/2020 13:11	2744244_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos

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:	20/02/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	6.750,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS MACIEL DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00806

CONTA: 000000074844-0

Nr. da Autenticação 079123368E2894B1



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170057554 **Cidade:** Santa Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS MACIEL DE ARAUJO **Data do acidente:** 13/10/2016 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico com edema cerebral difuso, compressão dos lobos frontais, hematoma extradural suboccipital esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: deficit funcional moderado do sistema nervoso central

Resultados terapêuticos: Realizado craniotomia descompressiva extensa frontal bilateral. Alta em janeiro de 2017 Evoluiu com diminuição da capacidade cognitiva com déficit de atenção e deficit de memória e Falha óssea extensa na região frontal e anosmia

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/02/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR

Médico examinador: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

CRM do médico: 3940

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

CRM do médico: 52.49515-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170057554 - 1
Nome do(a) Examinado(a): MARCOS MACIEL DE ARAUJO
Endereço do(a) Examinado(a): SI SERRA DA TAPUIA nº 30 - AREA RURAL - SITIO NOVO/RN
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 3419530 - SSP
Data local do exame: 09/02/2017 NATAL/RN

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Traumatismo crânio encefálico com edema cerebral difuso, compressão dos lobos frontais, hematoma extradural suboccipital esquerdo.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

Realizado craniotomia descompressiva extensa frontal bilateral.

Alta em janeiro de 2017 Evoluiu com diminuição da capacidade cognitiva com déficit de atenção e déficit de memória e Falha óssea extensa na região frontal e anosmia

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

deficit funcional moderado do sistema nervoso central

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - NATAL, 09/02/2017

Médico Perito: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO CRM:3940/RN


Dr. Justino Nobrega de Azevedo Neto
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia do Quadril
CRM 3940 - RN



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 19/08/2020 13:11:47

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081913114717100000056492806>

Número do documento: 20081913114717100000056492806



SECRETARIA ESTADUAL
HOSPITAL MONSENHOR

DOCUMENTO 5 *75%



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL



PACIENTE **MARCOS MACIEL DE ARAUJO**
DATA DE 13/10/2016 **HORA** 04:09 **Nº BAA** 211651

ENTRADA

IDADE 21 **SEXO** M **ETNIA** Pardo
CARTÃO SUS 704602616428522 **ESTADO** -

CIVIL

CPF 018.041.404-65 **RG** 3419530 - SSP

NOME DA MÃE VIRGINIA RODRIGUES DE ARAUJO

NOME DO PAI DENAUDO ROGERIO DE ARAUJO

NASCIMENTO 10/10/1995

TELEFONE (84) 3252-0098

RUA/AV. DA GUADRA Nº SN

COMPLEMENTO

CEP 59440-000

ORIGEM Ambulância - SAMU **MOTIVO**

Acidente de Trânsito / Colisão moto com muro

ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Tinoco

PROTÓCOLO
RECEBIDO

24 JAN 2017

TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEG

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente sofreu queda de moto com TCE, sem capacete, apresentou rebatimento do nível de consciência, foi entubado, apresenta ventilação espontânea. Apresenta lesão contusa em fronte. Sem sinais de lesão em tórax ou abdome.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VA pérvia, cervical imobilizada

B MVA, simétrico - Tórax estável.

C RCR, RT, BNF. HD - estável.

D Glasgow 3T, feito sedação após contusão. Apresenta

E lesão contusa em fronte.

OUTRAS OBSERVAÇÕES

ABD: plano, flácido.

Apresenta epistaxe.

TOMOGRAFIA/HMNC

Data: 13/10/16 Hora: 4:22

Técnico: P. H. G.

Exame: CTR/CC/PAE/HA/ADU

Médico: S. H. C.

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	TEMP. ORAL	TEMP. AXILAR	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

Poli-traumatizado

CID

TOMOGRAFIA/HMNC

Data: 24/10/16 Hora: 12:20

Técnico: Vanda/Gerson

Exame: Crânio

Gabriela

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): Nega.M (MEDICAÇÃO EM USO): Nega.

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL): Não sabe.

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

TC de crânio, cervical, fêmur, tórax, abdome.LEONARDO COSTA CARTAXO
1º Ten Médico
CRM/RN 6753

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

① TC - Presença de pneumomediastino.② Alta da cirurgia geralLEONARDO COSTA CARTAXO
1º Ten Médico
CRM/RN 6753

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:	<u>NCR</u>	HORA:	DATA: <u>13/10/16</u>
ESPECIALISTA 2:	<u>BMF</u>	HORA:	DATA: <u>13/10/16</u>
ESPECIALISTA 3:	<u>Cirurgia</u>	HORA: <u>6:30</u>	DATA: <u>13/10/16</u>

MÉDICO (CARIMBO)

Aumento do boletim de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribuindo para a melhoria da assistência ao paciente.



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2 *#12221 1/10/2016 04:40 - PUNTO MEXICO AL PUNTO*

ANAMNESE *paciente 21A, infante de RCE / nato / semi-capete. Chegou pelo SAMU. Sol = 6T (AO = 1 ano = 12 meses - 4)*

EXAME FÍSICO *lupa, mtores. Puntado pontal (E)*

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA *RCE Grave!*

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) *sechmo = Confusão byrontal / Edema cerebral dyus / Aparente de sulcos e gnos / Aparente de cisternas bases / HCN suboculotal (E).*

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) *Rebelar e/T/L = Anomalia de postura de tórax e m. ximpica. q. Infusão planar Sinal de transformação de complicações byrontal. + Ho AED Suboculotal (E).*

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável *23/11/16 15:20:52*

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: *Infusão*

Nº do Boletim de Atendimento: *12221*

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: *nen*

DATA: *23/10/16* HORA: *04:40h.*

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐

PROTÓTIPO RECEBIDO

24 JAN 2017

TERRA DO SOL AUM. E CORRETORA DE SEC

Médico (Carimbo) *Rui Ferreira Arruda Neurocirurgia CRM 12345*

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 ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐





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

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE Manoel Marcos de Araújo	6 - Nº DO PROTOCOLO					
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente trazido pelo STAMU, sem história / sem exame físico, Bul = 6T (AO = 1 mm = 15 mm = 4), Pupila mióticas.	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Risco de Vida + Idoso		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Rebornio = Contorno bipontal / Edema cerebral difuso / HED suboculot			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL REE GRAVE	21 - CID INICIAL G93.6 / S06.2	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Intubação pela NAR	25 - LEITO / CLÍNICA NAR	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO CONFERE COM ORIGINAL NAT. Nº. 23/11/16 NAT. Nº. 18/11/16 SOLICITANTE	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE KIVUS Ferreira Arruda Neurocirurgião CRM 1235	28 - DT SOLICITAÇÃO 13/10/16	29 - CNS / CPF	30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 040301002-0						

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	41 - CID PRINCIPAL		
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA		

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	PROTOCOLO RECEBIDO 24 JAN 2017 TERMO DO SOL. ADM. E CORRETORA DE SE
48 - CNS / CPF	52 -	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.





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

ADMISSÃO MÉDICA
UTI

Identificação

Data: 10/10/2016

Nome: MARCOS MACIEL DE ARAÚJO

Registro: 1131793

Leito: 701 Idade: 21 Data de Nasc.: 10/10/1985 Sexo: () M () F Data da Internação Hospitalar: 17/10/16

Diagnóstico(s): TCE: contusão bitemporal, edema cerebral + fuso + HED suboccipital. Peso: Kg

Setor/Unidade de Procedência: () CC () CRO () PS Trauma () PS Clínico

() Enfermaria Qual? () Outra Unidade Qual?

Motivo da Internação na UTI: PS neurológico a qual VMI

Reinternação? () Não () Sim <48h? () Não () Sim

APACHE:

História Clínica

Doença grave de início, sem capote. Apresenta rebaixamento do nível de consciência.
TC mostra: contusão bitemporal, HED suboccipital e edema cerebral difuso. TC de coluna vertebral normal.
Substancial e craniotomia frontal e craniotomia de parafra posterior.
Coloque em CMO, sedado e sob VMI. Cuidado com (para-
do). Trocas e TOT (80).

Avaliação Sist. Neurológico

Abertura Ocular	Espontânea	4	Resposta Verbal	Orientado e conversando	5	Resposta Motora	Obedece comandos	6	Sedado? () Não () Sim SAS: 6
	Ao comando verbal	3		Desorientado e conversando	4		Localização da dor	5	
	À dor	2		Palavras inapropriadas	3		Hedio inespecífica (retirada)	4	
	Ausente	1		Sons incompreensíveis	2		Flexão hipertônica (decorticação)	3	
				Sem resposta	1		Extensão hipertônica (decerebração)	2	
							Sem resposta	1	

3 = Não se aplica ()

TCE Grave: 3 a 8 () / TCE Moderado: 9 a 12 () / TCE Leve: 13 a 15 ()

Pupilas (descrição): mióticas

Rigidez de nuca: () Não () Sim

Descrição de déficit motor:

Obs:

Avaliação Sist. Respiratório

() Ar Ambiente () Cat. Nasal O₂ L/min () MV x () VNI UHS SatO₂ 100 % FIO₂ 100 %

() TOT há dias, nº () TOT há dias, nº Freq. Respir.: 12 IRPM

Descrição do Exame Pulmonar: CV suaves, sem alterações

Observações:

Gasometria (antes ou admissional)	pH	PCO ₂	BE	FIO ₂	Dist. Ac./base:
	PaO ₂	HCO ₃	P50	PaO ₂ /FIO ₂	





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

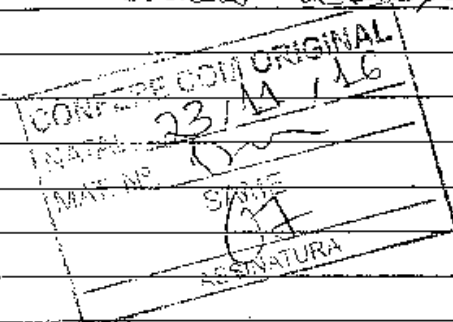
REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Marcos Marcel de Araújo Idade: 31 Nº Reg: 1137793
Serviço: Cirurgia geral Enf: 701 Leito: 701

AO SERVIÇO: Cirurgia Torácica

MOTIVO DA CONSULTA - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Paciente apresentando pneumonia mediastinal
na TC de Tórax.
Sintomas associados e conduta.



LEONARDO COSTA CARTAXO
MÉDICO
CRM/RN 6753

Natal: 13 de 10 de 2016

Médico que solicita o parecer

PARECER

Paciente 39 anos de idade,
homem.
Visto C/TCE 2016, IOT.

TC Tórax C/ pequena pneumonia mediastinal,
sem pneumonia. Sinais de
linfadenopatia.

CD: Abscessos.
Sugestão radiológica C/ rx Tórax.

Dr. Eustáquio Aquino
Cirurgia Torácica
Endoscopia Respiratória
CRM/RN 5811

Em 13 de 10 de 2016

Médico que emite o parecer





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome:

Marcos Maciel Araújo

Idade:

Nº Reg:

Serviço:

Enfº

CRS

Leito:

201

AO SERVIÇO

Cirurgia Geral

MOTIVO DA CONSULTA

(Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Paciente com história de queda de moto em ZOT + VM, apresenta sangramento abundante na esofago.

Natal

de

de 20

Médico que solicita o parecer

PARECER

Paciente apresentando quadro de hematemese associada a queda de HB.

Exame: EOB, hiperesplênico, hipocromico
ABD: Placas glândulas indolores/veses
Sem melena

Ad.: Omeprazol dose plena

Endoscopia Digestiva Alta

Gustavo L. S. Silva
CRM - RJ 2000

Em

de

de 20

Médico que emite o parecer





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

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 13/10/16 Alta: _____
Nome: Marcos Haniel de Araújo Naturalidade: Santa Cruz
Idade: 21 Sexo: (X) Masculino () Feminino Data de Nascimento: 10/10/95
RG: 3419530 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: _____
Filiação: Pai: Demando Rogério de Araújo
Mãe: Virgínia Rodrigues de Araújo
Endereço: Sítio Serra da Tapuia - _____
Cidade: Sítio Novo
Telefone: 98734-4867 / _____
() Residencial () Trabalho () Recado
Contato: Lucene (mãe) Outros telefones: _____
Composição familiar: Parente próximo c/ a mãe
Outras informações: Faz uso de (X) Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

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

Forma de Acesso ao Serviço

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

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? CONFERE 23/11/16
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: _____
Parentesco: Lucene Rogério do Sítio Telefone: _____
Endereço do Responsável: _____

Evolução

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

Parente próximo de quem de moto. Recebeu visita de família
des no CEO, os quais foram orientados quanto as normas gerais
e solicitados as cópias dos documentos. Sítio 2509

Fam. visita ao leito. Pac. acompanhado por sua
Saída Ambulatória

Óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs: _____

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as
metodologias práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de estado da Saúde Pública

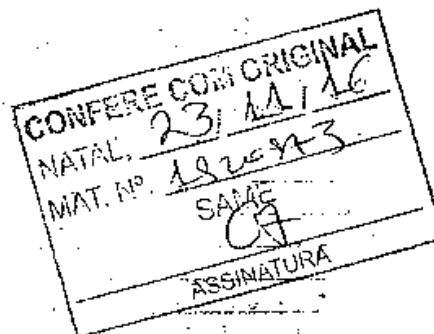
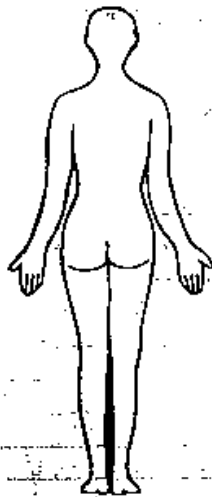
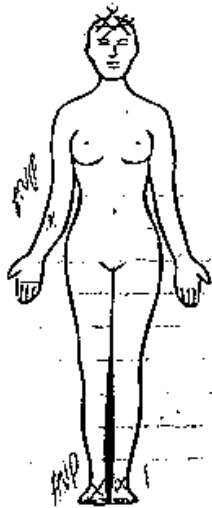
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO**

NOME DO PACIENTE: MARCOS MARILYN DE ARAÚJO
DATA DE NASCIMENTO: 10/10/1995 IDADE: 21
REGISTRO: 11.32793
DATA DE ADMISSÃO: 13/10/16 HORA: 05:20
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: NEUROCIRURGIA
HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO () ACESSO CENTRAL ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: (X)
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE (X)
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO (X) TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO () HIPERTENSO: SIM () NÃO ()
DIABÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS:
MEDICAÇÕES EM USO:
CIRURGIAS ANTERIORES:
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÃO:

ÁREA DE TRICOTOMIA: COURO CABEÇA HORA: 05:40
ÁREA DE PUNÇÃO: MED. DEBILITAD HORA: 06:00
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



INSTRUMENTADO: GLEIDE ACESSO CENTRAL
CIRCULANTE: JALSON
TIPO DE ANESTESIA: GERAL (X) RAQUI () PERIDUAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS:
ANESTESISTA: DR. ANTONIO JR.
INÍCIO DE ANESTESIA: 05:20
TÉRMINO DE ANESTESIA:
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: CEFZOLONA 2G
HORA: 06:00

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



INÍCIO DE CIRURGIA: 15/05 20:30
 CIRURGIÃO: DR. RIVUS
 1º AUXILIAR: M. Gervason
 2º AUXILIAR:
 3º AUXILIAR:
 TIPO DE CIRURGIA: Hematoma extradural de fossa posterior +
 Craniectomia de fossa posterior esquerda

TÉRMINO DE CIRURGIA: 1º tempo 9:30 2º tempo 11:30
 SONDAGEM VESICAL: SIM (X) PS NÃO () N° DA SONDA: 16
 SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X) N° DA SONDA:
 EXAMES LABORATORIAIS: SIM (X) NÃO () RX: SIM () NÃO (X)
 RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO () TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (X) TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO () FEITO FICHA: SIM () NÃO (X)
 MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO () ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO (X)
 FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (X)

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (X)
 COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM (X) NÃO () QUANTIDADE: 60
 GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO () QUANTIDADE: 100

CAIXA CIRÚRGICA: CRANIOTOMIA E DOROTOMIA + CRANIOTOMIA

COMPLETA: SIM (X) NÃO () OBS:
 ÓBITO: SIM () NÃO () HORA: REALIZADO RCP: SIM () NÃO (X)

RESPONSÁVEL PELA RCP:

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (X) UTI () ALTA ()

EM AR AMBIENTE: SIM () NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()

ENTUBADO: SIM (X) NÃO ()

PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (X) NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (X) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: 05:15 Paciente admitido no S.O. Monitorizado com
 oxímetro de pulso (99%), paroxiscopio (98 bpm) PNE (40/144 mmHg)
 RMHOGRAFO (29 ETCA) 7000 Recibo sala com Curugil em curso.

08:20 desprezados 1600ml de diurese por cloro. Ao término da primeira
 cirurgia, colocado o paciente em decúbito ventral e realizado
 2º procedimento. Procedimento realizado sem intercorrências.
 desprezados 1200ml de diurese.

Paciente encaminhado ao I.C.U. entubado com curu-
 tilo Curugil limpo. Erômio bem oxo, com chemo peito-
 ve. SUP com diurese presente. IAVP em NSD. MID-
 visibilizando bem. Segue as cuidados da enfermagem.

PA: 123X 65

EC: 82

SPO2: 99%

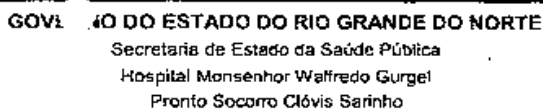
Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





**BOLETIM
OPERATÓRIO**

Nome: MARCOS MARCEL D. ARAUJO Reg. Nº 1637793
Diagnóstico pré-operatório: Hernia abdominal e psoe posterior
Indicação terapêutica: hormônio e psoe posterior Urgência (☒) Eletiva (☐)

Data: 27/01/16 Início: 12:30h Término: 11:30h Duração:

Operator: *Emerson*

CRM/CRO: 26257

1° Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

instrumentador: *João como*

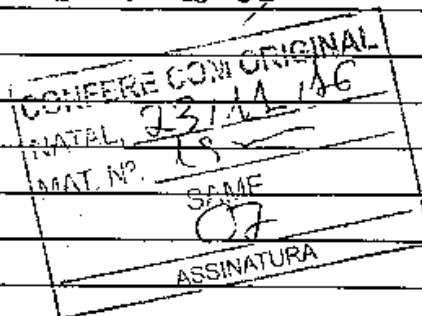
Anestesista: *glantz*

CRM/CRO:

Pocant e dendrito ventral do neurônio geral que
dendrito ventral de célula que tem maxilares espinhosos e
outros processos de PVPs inseridos em linha mediana na região subocelular
ptal dendritos pela a musculatura longitudinal e bipolar multi-
polar pequena com o neurônio da parte posterior a C neurônio
de célula sobre base de PFO, 5% pedúnculo por plasmoglia
e axão 2 e pelo a nervos 3-0 endosoma basal

0403010276 (5)

I 621 (12.73.36)



Emerson
CRM 4257

Coleta de material anátomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Boleto de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





GOV. RIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Prédio Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Marcos Moisés de Araújo Reg. Nº 1137793
Diagnóstico pré-operatório: contusões (gripantes) e edema
Indicação terapêutica: craniectomia descompressiva Urgência (☒) Eletiva (☐)

INTERVENÇÃO

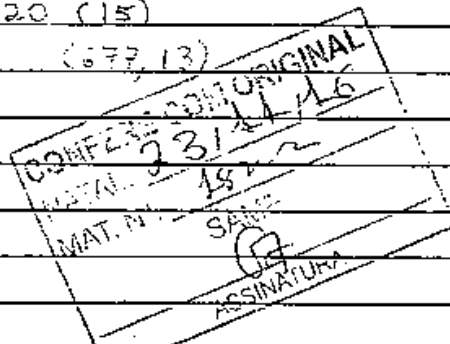
Data: 13/10/16 Início: _____ Término: _____ Duração: 03:40h
Operador: Rivaldo CRM/CRO: _____
1º Auxiliar: Emerson CRM/CRO: 4287
2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
Instrumentador: Socorro
Anestesiista: Gilberto CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral com intubação e antiseptico de cloroendone necessários craniotomia realizada comectomia gripante temporal unilateral direita de base de crânio a pequena área contusional hematórica e/ou gripante, realizado hemoligação e sepultamento do tecido pontal desprostitivo e/ou pericranial e fechada 4-0 colorado por contra abertura de craniotomia por 3.2 pontos de nylon 2-0 fechando as suturas de 3-0 (nylon) e pele de nylon 3-0 craniotomia fechada.

0403010020 (15)

1616 (672,13)



Emerson
CRM/CRO 4287

Coleta de material anatomo-patológico: ☒ NÃO (☐ SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: ☒ NÃO (☐ SIM QUAL?

Licença: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergência clínica, cirúrgica, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



Handwritten signature inside a large oval.

PROTOCOLADO
RECEBIDO
24 JAN 2017
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEG.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



Marcos Maciel de Araújo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.419.530 25.09.2012

MARCOS MACIEL DE ARAÚJO

Denaldo Rogerio de Araújo

Virginie Rodrigues de Araújo

Santa Cruz/RN 10.10.1995

C/Nasc. 6.310 Liv. A-6 Fls. 219v

Cart. de Sítio Novo/RN

018.041.404-65

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28-08-83

DOCUMENTO 9 8013114717100000056492806





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MARCO MARCEL DE ARAÚJO, brasileiro(a),
 estado civil: SOLTEIRO Profissão: AGUARDADOR portador(a) do RG
3.418.510, órgão expedidor STP e do CPF: 018.041.404-65 residente
 no(a) SÍTIO SEMA DA MARIÁ nº 30
 bairro: ZONA RURAL, município: SÍTIO NOVO / RN

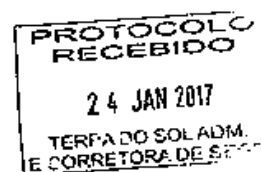
OUTORGADO:

Nome: JOSE CARLOS DE ARAÚJO, brasileiro(a)
 estado civil: SOLTEIRO Profissão: AGRICULTOR portador(a) do RG
003705475, órgão expedidor STP e do CPF: 096.984.704-73 residente
 no(a) SÍTIO SEMA DA MARIÁ nº 30
 bairro: ZONA RURAL, município: SÍTIO NOVO / RN

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as seguradoras referente ao SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SÍTIO NOVO - RN, 12/01/17.
 Local e Data

Marco Marcel de Araújo
 Assinatura do Outorgante
 (Reconhecer firma por autenticidade)



SERVIÇO ÚNICO NOTARIAL E REGISTRAL DE SÍTIO NOVO/RN

Reconheço por autenticidade a firma de
Marco Marcel de Araújo
 Sítio Novo/RN, 12/01/2017

Valdo Somenza com o Selo
 Josileide Diniz da Costa Carlos Frederico de Silva Maria
 Escrevente Autorizada Tabelião Público



Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10578837

A/C: MARCOS MACIEL DE ARAUJO

Sinistro: 3170057554 ASL-0034572/17
Vitima: MARCOS MACIEL DE ARAUJO
Data Acidente: 13/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE CARLOS DE ARAUJO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARCOS MACIEL DE ARAUJO

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 104

Agência: 000000806

Conta: 0000074844-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.750,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 =	R\$	6.750,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00247/00248 - carta_15R

00040124





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE P.

DOCUMENTO 1 "T19"



VAT

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 erro no recebimento da indenização no banco.

Eu, Marcos Matell de AraújoPORTADOR(A) DO RG Nº 3.419.530 EXPEDIDO POR ITEP EM 25/09/12 E CPF

018041404 65 CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Recusou
E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO /
REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcos Matell de Araújo AUTORIZO A SEGURADORA
LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Sussep 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 Benefício;
- 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 superior a 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.

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) 0806 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 74.844-0

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.

SÍTIO NOVO, 12 de 01 de 2017

LOCAL E DATA

de 2017 Marcos Matell de Araújo

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 19/08/2020 13:11:47

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081913114717100000056492806>

Número do documento: 20081913114717100000056492806

Num. 58848777 - Pág. 21



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 9ª DELEGACIA REGIONAL - SANTA CRUZ
Endereço: RUA JOAQUIM ROGÉRIO, 270, ONER, SANTA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J201707900160

1.2 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data e Hora do Fato: 21/01/2017 00:30:00

2.3 Fato: Conhecido

2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.5 Tipo do local: Rural

2.6 Número: 00

2.7 Complemento:

2.8 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIO E FAZENDAS

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (Pessoa Física)

3.1 Nome Completo: MARCOS MACIEL DE ARAUJO

3.2 Estado: Rio Grande do Norte

3.3 Mãe: VIRGINIA RODRIGUES DE ARAUJO

3.4 Sexo: MASCULINO

3.5 CPF:

3.6 Nacionalidade:

3.7 Profissão: CABELEIREIRO

3.8 Telefone(s): 84 987826605

3.9 Número: 30 AP-01

3.10 Bairro: ZONA RURAL

3.11 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

1.2 Data de Expedição: 21/01/2017 17:01:27

1.4 Ligar CLOSP: Não

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: Sítio Novo

2.8 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: TANGARÁ

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai:

3.5 Data de Nascimento: 10/10/1995

3.6 RG: 3419530

3.10 Passaporte:

3.12 Nacionalidade: SANTA CRUZ/RN

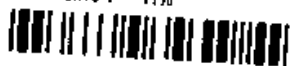
3.14 E-Mail:

3.16 Logradouro: SÍTIO SERRA DA TAPUIA

3.18 CEP:

3.20 Cidade: TANGARÁ

DOCUMENTO 1 "T196"



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

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: *****12247

7.1.5 Placa: HXE6034

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2002

7.1.11 Cor do veículo: BRANCA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: JOSE CARLOS DE ARAUJO

7.1.17 Nome do condutor: MARCOS MACIEL DE ARAUJO

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Estado:

7.1.8 Modelo: XLR 125

7.1.10 Ano de Fabricação: 2002

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a

Ocorrência:

PROTOCOLADO
RECEBIDO

24 JAN 2017

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEG.

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

8.1 DOS FATOS

8.1.1 Histórico

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA O COMUNICANTE VÍTIMA PARA NOS RELATAR QUE VINHA NA REFERIDA MOTOCICLETA ACIMA, NO SENTIDO DE SÍTIO NOVO AO SÍTIO SERRA DA TAPUIA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA COLIDINDO COM UM CERCA DE ARAME FARPA DO. QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA AMBULANCIA DE SÍTIO NOVO ATÉ O HOSPITAL DE SÍTIO NOVO. QUE A VÍTIMA FOI TRANSFERIDA PELA SAMU ATÉ O HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL NA CIDADE DE NATAL/RN. NADA MAIS DISSE.

8.2 Informações do CLOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 21/01/2017 17:01:27

APC Sebastião Judson da Silva
Policial 157355-1

Polícia Civil/RN
9º DRP

APC/Sebastião Judson da Silva
Mat. 157.355-1

Atendimento: 1573551 - SEBASTIÃO JUDSON DA SILVA

Impresso por: 1573551 - SEBASTIÃO JUDSON DA SILVA em 21/01/2017 17:01:34

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Marcos Maciel de Araújo
Interessado



Policial direto

ATENÇÃO: VER VERSO!
1º Ofício de Notas

VIRE

