

## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Antônio Firmino da Silva, brasileiro, divorciado, vigilante, Portador do RG de nº 1.277.951 – SSP/RN e, Inscrito no CPF/MF sob o nº 812.631.124-04, residente e domiciliado na Rua Tenente Dewet Nóbrega, 90, Paulo VI, Caicó-RN, CEP.: 59300-000, telefone nº 84 – 99991-3265. Nomeia e Constitui poderes a **Outorgada: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO**, brasileira, casada, advogada com OAB/RN sob o nº 7.469; podendo ser intimada na Rua André Sales, 130, Paulo VI, Caicó-RN – CEP nº 59300-000 - Próximo ao Hospital Regional do Seridó - SESP, Telefones: 84-3417-2265, 84-99801-5199 e 84-98887-0543 – E-mail: [caicoseguros@gmail.com](mailto:caicoseguros@gmail.com) e [caicodpvt@hotmail.com](mailto:caicodpvt@hotmail.com), as quais conferem amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", art. 38 parte final do CPC, **COM FIM ESPECIAL DE PATROCINAR A DEFESA DO (A) OUTORGANTE, junto ao processo na Comarca de CAICÓ/RN**, podendo as outorgadas, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber e dar quitação, receber quaisquer quantias derivada de condenação, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo ainda levantar alvará judicial, acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda os interesses do outorgante, podendo ajuizar apelação, ou, qualquer outro remédio jurídico competente, junto ao **Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte**, para garantir o direito do outorgante, e finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

### - CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATICIOS -

Pelo presente contrato firmado entre os contratantes, fica estabelecido o pagamento dos honorários advocatícios, pagos pelo outorgante, em favor da outorgada, os quais deverão ser pagos na base de **30% (trinta por cento)**, sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, em favor do contratado, conforme pacto através do presente instrumento, nos termos do **art.22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994**. Contratam ainda as partes que em caso de desistência da ação, ou, ainda renúncia dos poderes do (a) contratante em favor de outro (a) causídico (a), nada impede e obsta o pagamento dos honorários contratuais, nos mesmos valores acima citados, tudo em conformidade com o disposto no art. 14 do Estatuto da OAB, sem prejuízo dos honorários sucumbenciais, conforme determina a Lei. Nada mais a constar lavro o presente para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Caicó-RN, 19 de Julho de 2019.

Outorgante:

Antônio Firmino da Silva

\* Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei nº 8.952, de 13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

**Antônio Firmino da Silva**, brasileiro, divorciado, vigilante, Portador do RG de nº 1.277.951 – SSP/RN e, Inscrito no CPF/MF sob o nº 812.631.124-04, residente e domiciliado na Rua Tenente Dewet Nóbrega, 90, Paulo VI, Caicó-RN, CEP.: 59300-000, telefone nº 84 – 99991-3265. Declaro para os devidos fins de Direito que se fizerem necessários, em **AÇÃO DE INDENIZAÇÃO – INVALIDEZ/COMPLEMENTO**, que sou pobre na forma da lei, não tendo condições financeiras de prover as despesas e custas processuais com a demanda. Declaro, ainda, ser conhecedora das sanções administrativas, Cíveis e Criminais, caso o presente não retrate a verdade dos fatos. Nada mais a declarar, lavro o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Caicó-RN, 19 de Julho de 2019.

*Antônio Firmino da Silva*

Declarante

CPF nº 812.631.124-04.









COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE  
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000  
CNPJ: 00.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3  
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

115  
34219993

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 03/06/2019 AS 06:43:44

MATRÍCULA: 1361452  
MÊS/ANO: 06/2019

DADOS DO CLIENTE

MARIA DOS SANTOS  
RUA TEN DEWET NOBREGA, N. 90 - PAULO VI CAICO RN  
59300-000

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
411.003.350.0052.000	21	6720	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO

HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO
A14N000961	LIGADO	POTENCIAL

CONSUMO ÁGUA (H3): 8  
DATA LEITURA: 03/06/2019  
LEIT. ATUAL: 373  
LEIT. ANT.: 365  
DIAS CONSUMO: 31

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
05/2019	7	03/2019	7	01/2019	9	7
04/2019	9	02/2019	5	12/2018	6	

DESCRIÇÃO  
ÁGUA

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)	8 H3	39,99
CONSUMO DE ÁGUA		

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	39,99	1,65	0,66
COFINS	39,99	7,6	3,04

VENCIMENTO: 13/06/2019 TOTAL A PAGAR: 39,99

O RELATÓRIO ANUAL DE QUALIDADE DE ÁGUA DE 2019, REFERENTE A 2018, ESTA DISPONÍVEL NO SITE DA CAERN, NO MENU DESCRITIVO "INFORMAÇÕES TÉCNICAS".

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	--	--	100,0 %	--	--

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

155-662516743-0

04/jun/2019

HORA DF 08:53:16

LOT. 17.018272-0  
LOCALIDADE: CAICO  
AG. VINCULADA: 0758

TERM 019986

COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
CIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RN

VALOR DO PAGAMENTO: 39,99

826700000001 399900064110  
001361452012 062019500032

155-662516743-0

1ª VIA





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAICÓ  
SAMU METROPOLITANO

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o usuário dos serviços de saúde ANTONIO FIRMINO DA SILVA, 47 anos, foi atendido pela equipe do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU-192-RN da cidade de Caicó –RN no dia 29.03.19 às 22:30 horas, no endereço AV. CORONEL MARTINIANO, paciente vítima de COLISÃO CARRO X MOTORISTA.

A presente declaração expressa a verdade

Caicó-RN 28 de JUNHO de 2019

Jardênia Azevedo da Silva Noronha  
Coordenadora da base descentralizada do SAMU metropolitano em Caicó/RN  
COREN-RN 264.657





# BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATA 29/03/2019	HORA DE ENTRADA 23:53h	Nº ATENDIMENTO 229
---	--------------------	---------------------------	-----------------------

CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.			
NOME ANTONIO FERMINO DA SILVA	DATA DE NASCIMENTO 11/05/1972	IDADE 46A	SEXO M
CPF -	RG 34707142-9/SP	DATA DE EXPEDIÇÃO -	CARTÃO SUS 705 8054 7228 6636
NATURALIDADE CAICO-RN	ESTADO CIVIL SOLTEIRO	PROFISSÃO SERVENTE	RACIA/COR M
NOME DA MÃE MARIA DOS SANTOS	NOME DO PAI FERMINO JOVENO DA SILVA		
ENDEREÇO R. PRES. CASTELO BRANCO N: 103	BAIRRO PAULO VI		
CIDADE/ESTADO CAICO-RN	TELEFONE DE CONTATO 99839-3350	ESCOLARIDADE FUNDAMENTAL INCOMPLETO.	
FORMA DE CHEGADA			
<input type="radio"/> ESPONTÂNEA <input type="radio"/> SAMU <input type="radio"/> AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO <input type="radio"/> CORPO DE BOMBEIROS <input type="radio"/> POLÍCIA MILITAR <input type="radio"/> OUTRO:			

CAMPO 2 – SINAIS VITAIS			
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.			
PA: 150x90 mmHg	FC: 111 bpm	FR: 20 irpm	Temp. axilar: °C
SpO2: 98 %	Glicemia: mg/dl		

CAMPO 3 – ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO																													
Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo ACCR.																													
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="radio"/> VERMELHO</div> <div><input type="radio"/> AMARELO</div> <div><input type="radio"/> VERDE</div> <div><input type="radio"/> AZUL</div> </div>				<b>ESCORE DE GLASGOW</b> <table border="1"> <tr> <th>AO</th> <th>RV</th> <th>RM</th> <th>AP</th> <th>TOTAL</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			AO	RV	RM	AP	TOTAL						<b>ESCORE DE DOR</b> <table border="1"> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> <tr> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AO	RV	RM	AP	TOTAL																									
1	2	3	4	5																									
6	7	8	9	10																									
QUEIXA PRINCIPAL				HISTÓRIA BREVE																									
ALERGIAS																													
OBSERVAÇÃO OBJETIVA				COMORBIDADES																									
REAValiação		REAValiação		REAValiação		HORA		HORA																					
						ENFERMEIRO PLANTONISTA/COREN																							

CAMPO 4 – ANAMNESE/EXAME FÍSICO	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.	
Colores muito mais rosadas pelo Sinc em próstata Mega cistidica. glândulas is. papais isopneumáticas	
DIAGNÓSTICO INICIAL	

CAMPO 5 – EXAMES SOLICITADOS			
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.			
<input checked="" type="checkbox"/> HEMOGRAMA + PLAQUETAS	<input type="checkbox"/> TGO + TGP	<input type="checkbox"/> GASOMETRIA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA
<input type="checkbox"/> UREIA + CREATININA	<input type="checkbox"/> CKMB + CPK	<input type="checkbox"/> COAGULOGRAMA	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X: _____
<input type="checkbox"/> GLICEMIA	<input type="checkbox"/> TROPONINA	<input type="checkbox"/> EAS	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA: _____
<input type="checkbox"/> IONOGRAMA	<input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____	







**Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte**

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0\*\*84) 3421-9630, e 9628

**ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM TRAUMA E ORTÓPEDIA**

DATA DO ATENDIMENTO: 25/04/19 - INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: UHRS  
PACIENTE: Antonio Firmino da Silva DN: 11/10/51 72  
RG: 39 707 142 9 CPF: 812 631 124 - 04 SUS: 709 8054 7228 6636  
ESTADO CIVIL: Solteiro SEXO: M IDADE: 46 TELEFONE: 99913265  
PAI: - MÃE: Maria dos Santos  
ENDERÇO: presidente castelo Branco, Nº  
BAIRRO: paulo VI. CIDADE: Caicó. UF:  
MÉDICO: Dr S. Filho  
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

**LAUDO MÉDICO**

PRINCIPAIS SINAIS CLÍNICOS:

Lesão pp - Ext

PRINCIPAIS RESULTADOS DA PROVA DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

PROCEDIMENTO INDICADO:

Lesão

**RELATÓRIO DE ATENDIMENTO**

TRATAMENTO REALIZADO: Curativo  
CID: CODIGOSIA/SUS: 03.03.09.007-3  
EQUIPE MÉDICA: CIRÚRGIÃO: Dr. Silvio Santos Filho CRM:  
AUXILIAR: Traumatologista TEOT 9875 CRM/RN 4419 CRM:

ATURA DO MÉDICO SOLICITANTE: CRM: AUDITOR:





# **AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH**

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ		2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: <u>ANTONIO FERMINO DA SILVA</u>		4. Nº DO PRONTUÁRIO <u>028840</u>
CPF: <u>81263112404</u>	RG: <u>347071429</u>	

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <u>705805472286636</u>		6. DATA DE NASC. <u>11/05/72</u>	7. SEXO MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <u>MARIA DOS SANTOS</u>		DDD <u>RN</u>	9. TELEFONE DE CONTATO <u>999913265</u>
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <u>R. PRES. CASTELO BRANCO N. 103 - PAULISTA</u>			
11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <u>CACÓ</u>	12. COD. IBGE MUNICÍPIO	13. UF <u>RN</u>	14. CEP: <u>59300000</u>

## **JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <u>fract. pé-Ext</u> <u>Reflexo</u>			
16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <u>RO</u>			
17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <u>fract. pé-Ext</u> <u>Reflexo</u>			
18. DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>fract. pé-Ext</u>	19. CID 10 PRINCIPAL: <u>Z478</u>	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

## **PROCEDIMENTOS SOLICITADOS**

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <u>Reflexo</u>		23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <u>0408060352</u>	
24. CLÍNICA	25. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS ( ) CNS ( ) CPF	27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST. <u>Dr. Silvio Santos Filho</u>		29. DATA DA SOLICITAÇÃO <u>25/11/19</u>	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO) <u>Dr. Silvio Santos Filho</u> <u>Ortopedista e Traumatologista</u> <u>CRM-RN 4419 - TRO 70621</u>

## **PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)**

31. ( ) ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. Nº DO BILHETE	36. S. E
32. ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO			
33. ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA	39. CBOR
40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) O EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			

## **AUTORIZAÇÃO**

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS ( ) CNS ( ) CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO	47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	







## SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:

ANTONIO FERREIRO DA SILVA

REGISTRO/PRONTUÁRIO: 028840	DATA NASCIMENTO: 11.05.1972	SEXO: M
ENDEREÇO (Rua, Número) R. PRES. CASTELO BRANCO - N. 103	BAIRRO: PAULO VE	
MUNICÍPIO: CAECO	UF: RN	CEP: 59300000
NOME DO PAI: NAO CONSTA	NOME DA MÃE: MARIA DOS SANTOS	TELEFONE: 999913265
RESPONSÁVEL:		

### PRENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

CLÍNICA: <input type="checkbox"/> MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> ORTOPÉDIA <input type="checkbox"/> CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> PEDIATRIA	ENFERMARIA/LEITO:	INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE <input type="checkbox"/> DE TRABALHO <input type="checkbox"/> DE TRANSITO <input type="checkbox"/> DE OUTROS FINS <input type="checkbox"/> NÃO
--	-------------------	--

DIAGNÓSTICO INICIAL: *fract. do fêmur*

Dr. *Silvio Santos Filho*  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-RN 4439 - TROT 9828  
CPF 031.229.484-45

INTERNAÇÃO DATA: 25.04.19 HORA:	ORIGEM RESIDÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHADA:
PROCEDÊNCIA:	CARATER DE INTERNAÇÃO: <input type="checkbox"/> ELETIVA <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> EMERGÊNCIA	

### RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)

RPOCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição) <i>Reffio</i>	TIPO DE PROCEDIMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> LIMPO <input type="checkbox"/> INFECTADO <input type="checkbox"/> CONTAMINADO <input type="checkbox"/> POTENCIAL M. CONTAMINADO
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)	DATA: 26.04.19 HORA:
APRESENTOU IFECCÃO? <input type="checkbox"/> HOSPITALAR <input type="checkbox"/> COMUNITARIA <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO: <input type="checkbox"/> PROFILATICAMENTE <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TERAPEUTICAMENTE
MOTIVO DA SAÍDA (AIH): <input checked="" type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> REMOÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO ATÉ 24 HORAS <input type="checkbox"/> ÓBITO APÓS 24 HORAS	SE MOTIVADO SAID =1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTODA ALTA <input checked="" type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> INALTERADO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> POR INDICIPLINA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> INTER.P/DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/> P/COMPLEMETAÇÃO F.DE ACIDENTE

### PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:	DESTINO:
PREENCHER SE MOTIVA SAÍDA = ÓBITO	OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECCÃO:
MORTE: <i>Cardíaca</i>	MÉDICO RESPONSÁVEL: (carimbo/assinatura) Dr. <i>Silvio Santos Filho</i>





## RELATÓRIO CIRURGIA SEGURA

DADOS DO PACIENTE	
Nome:	<u>Antônio Carlos Silva</u>
Data de nascimento:	<u>11/05/72</u> Idade: <u>47</u> Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe:	<u>Marcelle da Santos</u>
Número do prontuário:	<u>018940</u> Cartão do SUS: <u>3058054124626</u>
Endereço:	<u>Residência: Condição: Rua: Bairro: Pólo: 1</u>
Cidade de procedência:	<u>Uruçu - RN</u>
PRÉ-OPERATÓRIO	
Data do procedimento:	<u>25/04/19</u>
Sector de procedência:	<input type="checkbox"/> Clin. cirúrgica <input type="checkbox"/> Clin. médica <input type="checkbox"/> UTI <input checked="" type="checkbox"/> Urgência Enfileiro: <u>1301</u>
Jejum?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim Tempo de Jejum: _____ <input type="checkbox"/> Não Tipo de alimentação: _____
Alergias?	<input type="checkbox"/> Sim Quais? _____ <input checked="" type="checkbox"/> Não
Tricotomia no local da incisão para cirurgia geral?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
Lateralidade?	<input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> NA
Retirada de adornos e/ou próteses?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
Uso de marcapasso?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
Profilaxia para TEV?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
Comorbidades?	<input type="checkbox"/> Sim Quais? _____ <input checked="" type="checkbox"/> Não
Uso contínuo de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim Quais? _____ <input checked="" type="checkbox"/> Não
Confere com o <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	

SINAIS VITAIS: PA: <u>130/80</u> mmHg Glicemia: _____ mg/dL Tax: _____ °C	
Porta exames complementares que auxiliem no procedimento?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Prontuário?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Transporte seguro até o centro cirúrgico?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tipo de transporte:	<input checked="" type="checkbox"/> Maca <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas
Paciente encaminhado para o centro cirúrgico às _____	
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/COREN: <u>Elaine Aparecida Lima</u> (assinatura e carimbo)	
TRANS-OPERATÓRIO	
Chegada do paciente às <u>13:00</u>	Sala de cirurgia nº <u>01</u>
Checkagem de equipamentos e da sala	<input type="checkbox"/> Oxigênio/oxímetro <input type="checkbox"/> Focos de luz
<input checked="" type="checkbox"/> Carro de anestesia + alarmes	<input checked="" type="checkbox"/> Bisturi elétrico + placa <input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/> Aspirador	<input checked="" type="checkbox"/> Realizada desinfecção da sala <input checked="" type="checkbox"/> Validação das embalagens esterilizadas
Tipo de procedimento:	<u>Retirada de Fio</u>
Tipo de anestesia:	<u>Suave</u>
Equipe cirúrgica	
Cirurgião: <u>Dr. Silvio</u>	Cirurgião/Auxiliar: _____
Anestesiista: <u>R. Siqueira</u>	Instrumentador: <u>Roberto</u>
Circulante(s): <u>Adriana</u>	
Transposição do paciente:	<input type="checkbox"/> Maca e mesa niveladas <input checked="" type="checkbox"/> Trava da maca e da mesa cirúrgica
Risco de perda sanguínea?	<input type="checkbox"/> Sim (2 AVP calibrosos) <input checked="" type="checkbox"/> Não

Calce - RN, 28/06/2019.

MAT-153808.0



Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte  
Unidade Hospitalar Regional do Seridó  
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000  
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0\*\*84) 3421-9630, e 9628

### LAUDO DE CIRÚRGIA

Nome do Paciente:	Nº Registro	Data de Admissão
Antonio Figueira da Silva		

Nome do Procedimento Cirúrgico:
Petfig de Bdg

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Dreno
25/04/11	13:45h	13:55h	10min			

Des + A  
A + P  
Petfig  
anexio

Confero com o Original

Caicó - RN, 28.06.19.

Mat. 153808-0

Cirurgião  
Dr. Silvio Santos Filho







## ANAMNESE E EXAME FISICO

Nº DE REGISTRO: 028840 DATA: 25.04.2019

NOME DO PACIENTE: ANTONIO FERREIRO DA SILVA

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FISICO.

história de

doença

Confere com o Original

Caicó - RN, 28.06.19.

MT-153808-0

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

história de

ASSINATURA DO MÉDICO:

Dr. Silvio Santos Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 4419 - TÍTULO 0000





Paulo VI - Calicó-RN | Contatos: 34 3421-9530 / 3421-8028  
CNPJ : 08.241.754/03-57

GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO NORTE

# URGENCIA E EMERGENCIA

NOME:

DATA:

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

ANTONIO FERNANDO DA SILVA  
25.04.2019  
LEITO:

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	0	
01-															
02-															
03-															
04-															
05-															
06-															
07-															
08-															
09-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
16-															
17-															
18-															
19-															
20-															
21-															

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo com o Original

Calicó - RN, 28 / 06 / 2019.

447.153808.0

Carimbo e assinatura da Enfermagem

FARMACIA CAICO LTDA  
CNPJ: 08.229.791/0001-38 IE: 200191322  
AV. SERIDÓ, 603, 603, CENTRO, CAICO-RN (84)3421  
2485  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor  
Eletrônica

Código	Descrição	Qtde.	Un.	M.	Unit.	Vi.	Total
36668	COMP GAZE ESTERIL C/10 UN MEDB	4	UN		1,00		4,00
24775	ESPARAD IMP 2,5X4,5MMISSNER	1	UN		4,50		4,50
18952	ATAD CREPOM CREMER 12CMX1,80	3	UN		3,50		10,50
9516	SORO FISIOLÓGICO 500ML FARMAX	2	UN		4,50		9,00

Qtde. total de itens: 4  
Valor total R\$: 28,00  
Valor a pagar R\$: 28,00  
FORMA PAGAMENTO: VALOR PAGO R\$  
Total Pago R\$: 28,00  
Crédito Loja: 28,00

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.set.m.gov.br/nfco/consulta>

2419 0408 2297 9100 0138 6600 1000 0686 8910 0000 0000



CONSUMIDOR CPF:  
596.756.324-53 MARIA DOS  
SANTOS - R=DEVETE  
NOBREGA, 90, PAULO VI,  
CAICO-RN  
NFC-e nº 66689 Série 1  
03/04/2019 09:39:55 Via  
Consumidor  
Protocolo de autorização:  
324190080882614  
Data de autorização:  
03/04/2019 09:39:13

CLIENTE: 581 - MARIA DOS SANTOS  
TELEFONE:  
VENDEDOR: 8 - RENATA FRANÇA  
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS  
NUM. CONTROLE: 53138

FARMACIA CAICO LTDA  
CNPJ: 08.229.791/0001-38 IE: 200191322  
AV. SERIDÓ, 603, 603, CENTRO, CAICO-RN (84)3421  
2485  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor  
Eletrônica

Código	Descrição	Qtde.	Un.	M.	Unit.	Vi.	Total
25909	LOXONIN 60MG CM5 CPR	1	CX		27,66		27,66
36038	CEFALEXINA 500MG C40 CPR	1	UN		84,27		84,27

Qtde. total de itens: 2  
Valor total R\$: 111,92  
Valor a pagar R\$: 33,71  
Desconto R\$: 78,21  
Valor a pagar R\$: 78,21  
FORMA PAGAMENTO: VALOR PAGO R\$  
Total Pago R\$: 78,21  
Crédito Loja: 78,21

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.set.m.gov.br/nfco/consulta>

2419 0408 2297 9100 0138 6600 1000 0686 8110 0000 0000



CONSUMIDOR CPF:  
596.756.324-53 MARIA DOS  
SANTOS - R=DEVETE  
NOBREGA, 90, PAULO VI,  
CAICO-RN  
NFC-e nº 66381 Série 1  
01/04/2019 07:49:08 Via  
Consumidor  
Protocolo de autorização:  
324190078965276  
Data de autorização:  
01/04/2019 07:49:05

CLIENTE: 581 - MARIA DOS SANTOS  
TELEFONE:  
VENDEDOR: 7 - ROSEANE MARIA  
Parabéns! Você Economizou R\$ 33,71  
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS  
NUM. CONTROLE: 52789









PRF

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19016446B01



Maiores dúvidas acesse: [www.prf.gov.br/portal](http://www.prf.gov.br/portal)



**Para cópia do seu Boletim acesse o sítio:** [www.prf.gov.br/novobat](http://www.prf.gov.br/novobat) /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em Imprimir.



**Atenção:** As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) **Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.**



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 1º da Lei Nº 11.127, de 13 de novembro de 2015.

**191**



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19016446B01

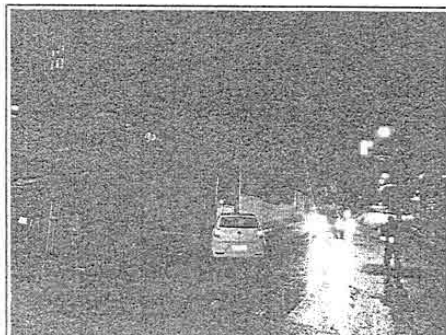
INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 29/03/2019 Hora: 22:15 Município: CAICÓ/RN  
BR: 427 KM: 97,4 Sentido: Crescente  
Policial responsável pelo atendimento: ROBERTO CARLOS, 1070495

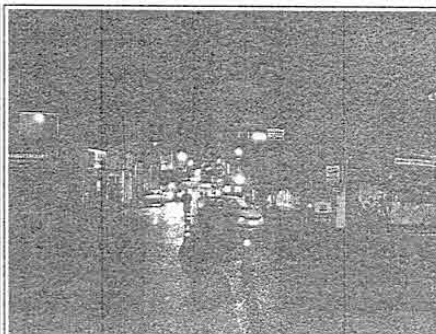
ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Interseção de Vias	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

CONFORME FOI VERIFICADO NO LOCAL DO ACIDENTE, POR VOLTA DAS 22:15H DE 29/03/2019, NO CRUZAMENTO DA BR427(AV. CEL MARTINIANO) COM A RUA CMTE. EZEQUIEL, NO MUNICÍPIO DE CAICÓ/RN, O V1( MOTONETA TRAXX DE PLACA QGR-1741), CONDUZIDO POR ANTÔNIO FIRMINO DA SILVA, CPF 812.631.124-04, DE 46 ANOS, NÃO HABILITADO, QUE TINHA COMO PASSAGEIRA A SENHORA GEILDA CAIANA DA SILVA, CPF 605629351-44, DE 45 ANOS, PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO AVANÇOU O SINAL VERMELHO E COLIDIU FRONTALMENTE COM O V2(VW FOX DE PLACAS NNZ4722), CONDUZIDO PELO PE. IVANOFF DA COSTA PEREIRA, CPF303010504-06, DE 56 ANOS, QUE FAZIA CONVERSÃO À ESQUERDA, TENDO OS OCUPANTES DA MOTONETA CAÍDO NO LOCAL DA COLISÃO E FICADO FERIDOS COM LESÕES GRAVE E LEVE E SOCORRIDOS PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CAICÓ/RN. NÃO OCORRERAM DANOS RELEVANTES AOS VEÍCULOS, NO ENTANTO, A MOTONETA ESTAVA COM O LICENCIAMENTO ATRASADO E FOI APREENDIDA PELA PRF. NO HOSPITAL, O CONDUTOR DO V1 RECUSOU-SE A FAZER O TESTE DO ETILÔMETRO E SUA COMPANHEIRA AFIRMOU QUE O MESMO HAVIA INGERIDO BEBIDA ALCOÓLICA, TENDO SIDO AUTUADO PELA RECUSA.



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



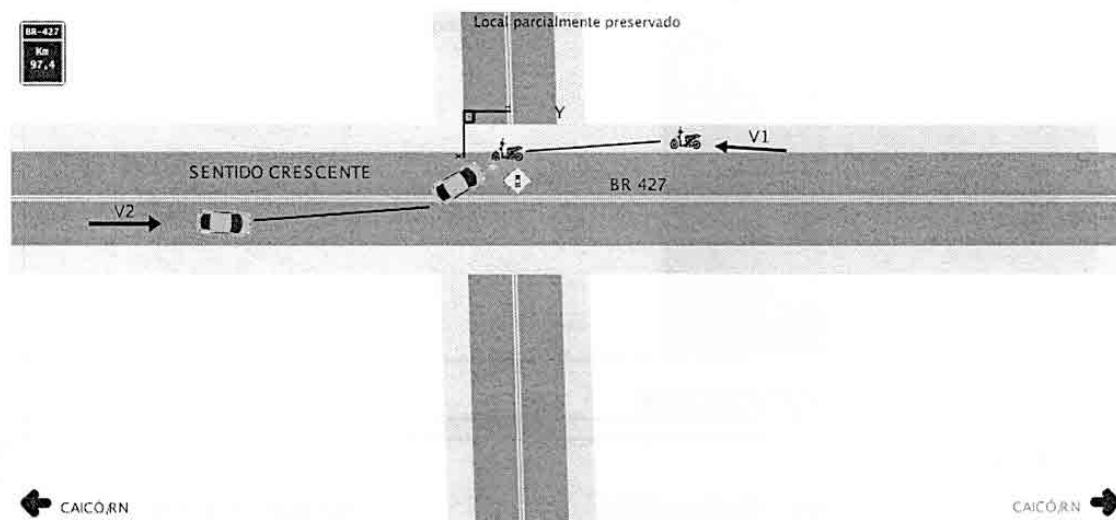


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19016446B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - COORDENADA CARTESIANA

Descrição do Ponto	X (m)	Y (m)
VÉRTICE DO PLANO CARTESIANO É A HASTE DO SEMÁFORO	4,60	14,30

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191

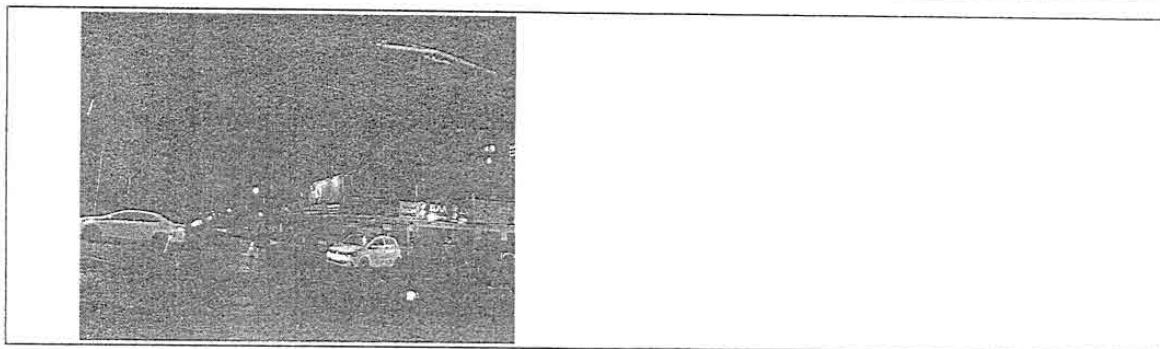


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19016446B01

IMAGENS COMPLEMENTARES

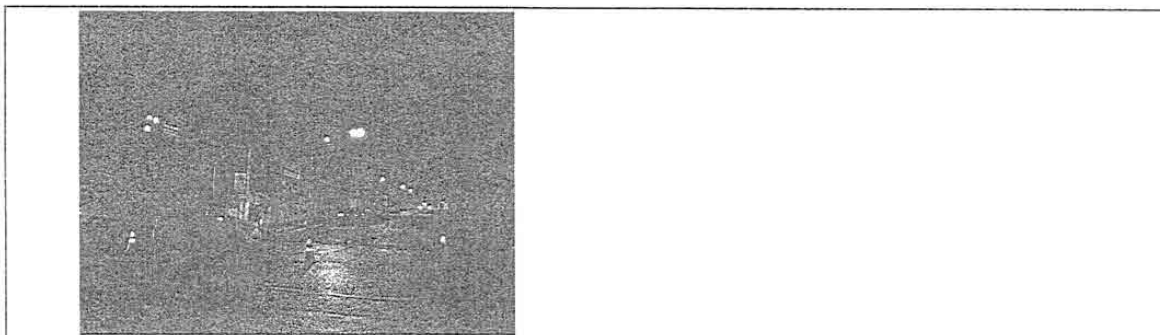


V1 - VEÍCULO 1 - QGR1741 - CICLOMOTOR

V1 - Informações

Placa: QGR1741      Marca/modelo: TRAXX/JL50Q-9      Renavam: 01115884384  
Ano fabricação: 2013      Chassi: 951AXKBE0EB000617      Tipo de veículo: Ciclomotor  
Espécie: Passageiro      Categoria: Particular      Cor: Preta  
Manobra no momento do acidente: Outras  
Informações complementares: O VEÍCULO TIPO MOTONETA DA MARCA TRAXX DE PLACA QGR-1741  
AVANÇOU O SINAL VERMELHO PELO ACOSTAMENTO E COLIDIU  
FRONTALMENTE COM O AUTOMÓVEL VW FOX DE PLACAS NNZ-4722 QUE  
FAZIA CONVERSÃO À ESQUERDA.

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Polícia Rodoviária Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/imprensa/autenticar>, informando

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19016446B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / TRAXX/JL50Q-9

Placa: QGR1741

Nº BOAT: 19016446B01

Nome do Agente: ROBERTO CARLOS

Matrícula do Agente: 1070495

Data: 29/03/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/punhat/autenticar>, informando

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19016446B01

V1 - Proprietário

Nome: GEILDA CAIANA DA SILVA

CPF/CNPJ: 605.629.351-34

Email:

Telefone:

Endereço: RUA ANTÔNIO GARCIA, 1084, PARAIBA, CAICO-RN

V1C - CONDUTOR DE V1 - ANTONIO FIRMINO DA SILVA

V1C - Informações

Nome: ANTONIO FIRMINO DA SILVA

Data de Nascimento: 11/05/1972

CPF: 812.631.124-04

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava capacete: Sim

Informações complementares: ENVOLVIDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA HOSPITAL REGIONAL DE CAICÓ /RN.

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Sim

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA DEVETE NOBREGA, 90, PAULO VI, CAICO-RN

Telefone:

Email:

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - GEILDA CAIANA DA SILVA

V1P1 - Informações

Nome: GEILDA CAIANA DA SILVA

Data de Nascimento: 19/04/1973

CPF: 605.629.351-34

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava capacete: Sim

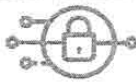
Informações complementares: ENVOLVIDO ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DE CAICÓ/RN.

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: ALVARO BEZERRA, 1510, METROPOLITANO, CAUCAIA-CE

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/portal/autenticar>. Informar o

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19016446B01

**V2 - VEÍCULO 2 - NNZ4722 - AUTOMÓVEL**

**V2 - Informações**

Placa: NNZ4722      Marca/modelo: VW/FOX 1.0 GII  
Ano fabricação: 2011      Chassi: 9BWAA05Z0B4162396  
Espécie: Passageiro      Categoria: Particular  
Manobra no momento do acidente: Saindo da via

Renavam: 00308942370  
Tipo de veículo: Automóvel  
Cor: Branca



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

**191**



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19016446B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / VW/FOX 1.0 GII

Placa: NNZ4722

Nº BOAT: 19016446B01

Nome do Agente: ROBERTO CARLOS

Matrícula do Agente: 1070495

Data: 29/03/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalás ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/boaspratica/autenticar>, informando

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19016446B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA

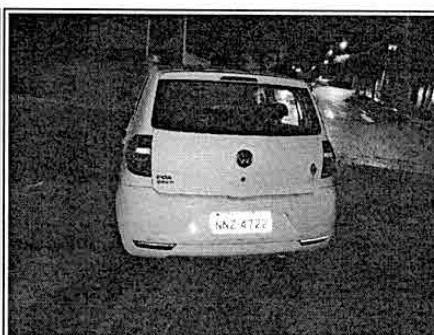


IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

**191**



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19016446B01

V2 - Proprietário

Nome: PAROQUIA DE SAO SEVERINO MARTIR

CPF/CNPJ: 08.070.468/0022-99

Email:

Telefone:

Endereço: PRAÇA JOÃO DAMASCENO BATISTA, TIMBAUBA DOS BATISTAS-RN

V2C - CONDUTOR DE V2 - IVANOFF DA COSTA PEREIRA

V2C - Informações

Nome: IVANOFF DA COSTA PEREIRA

Data de Nascimento: 27/06/1962

CPF: 303.010.504-06

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B

Primeira habilitação: 06/09/1986

Nº Registro: 02478498427

UF: RN

Vencimento da habilitação: 23/11/2022

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 99

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

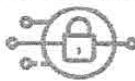
Resultado obtido: 0,0 mg/l

V2C - Dados do Contato

Endereço: R ZECO DINIZ, 1243, CASA, PENEDO, CAICO-RN

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190443556**

**Vítima: ANTONIO FIRMINO DA SILVA**

**Data do Acidente: 29/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA DOS SANTOS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO FIRMINO DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **ANTONIO FIRMINO DA SILVA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **758**

Conta: **0000087805-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## ANEXO 2

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
2ª Vara da Comarca de Caicó  
Avenida Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, CAICÓ - RN - CEP: 59300-000

Processo: 0801391-50.2020.8.20.5101

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: ANTONIO FIRMINO DA SILVA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

**DESPACHO COM FORÇA DE CARTA/MANDADO DE CITAÇÃO**

Prevê o art. 334 do Código de Processo Civil de 2015 que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o magistrado designará audiência de conciliação ou de mediação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo ser citado o réu com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência.

A presente demanda, por sua vez, trata de procedimento comum na qual a parte autora alegou ter sido vítima de acidente de trânsito, vindo a sofrer intervenções em parte do corpo permanentemente comprometedoras de suas funções, fazendo jus, portanto, à quantia monetária referente à demonstrativo do seguro DPVAT.

Conforme enunciado da súmula 474 do Superior Tribunal de Justiça "a indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez".

A prática forense demonstra que em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados. É, portanto, extremamente necessária a realização de perícia médica que determine com absoluta precisão a gradação da debilidade da parte do corpo humano atingida, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela vigente à lei nº 6.194/74 e conforme ao teor da súmula apontada. Assim, antes do processo ser iniciado, o segurado já tentou, por vias administrativas, receber o valor monetário pertinente à sua debilidade, muitas vezes insuficiente por não se saber com precisão a extensão do dano sofrido.

No presente caso, portanto, se incubir de realizar uma prévia tentativa de conciliação e mediação, ressalte-se já antes tentada comprovadamente por vias administrativas, sem saber com exatidão a extensão do dano para adaptá-lo à tabela oficial resulta-se em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes à ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinar a lesão no requerente. A partir da quantificação do dano é que as partes envolvidas lançarão suas propostas, comparando-a com a referida tabela.

Nestas situações, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar, momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC/15, postergando a sua realização para momento oportuno quando já realizada a perícia médica, em especial quando a parte autora já se manifestou contrariamente à sua realização de maneira prévia.

Pelo exposto, deixo de agendar momentaneamente a audiência de conciliação e mediação.

**Defiro o requerimento de Justiça Gratuita.**



Proceda-se à citação da parte ré, SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, Inscrita no CNPJ de nº 09.248.608/0001-04, podendo ser citada através de seu representante legal, na Rua da Assembleia, 100 –21º Andar, Centro, Rio de Janeiro–RJ, CEP.: 20.011-904, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC, ou seja, se não contestar a ação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por sua advogada, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

CÓPIA DO PRESENTE DESPACHO SERVIRÁ DE CARTA/MANDADO DE CITAÇÃO DA PARTE REQUERIDA.

Diligências necessárias.

CAICÓ/RN, data da assinatura eletrônica.

LUIZ ANTONIO TOMAZ DO NASCIMENTO

Juiz(a) de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)







PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
2ª Vara da Comarca de Caicó  
Avenida Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, CAICÓ - RN - CEP: 59300-000

Processo: 0801391-50.2020.8.20.5101

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: ANTONIO FIRMINO DA SILVA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

**DESPACHO COM FORÇA DE CARTA/MANDADO DE CITAÇÃO**

Prevê o art. 334 do Código de Processo Civil de 2015 que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o magistrado designará audiência de conciliação ou de mediação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo ser citado o réu com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência.

A presente demanda, por sua vez, trata de procedimento comum na qual a parte autora alegou ter sido vítima de acidente de trânsito, vindo a sofrer intervenções em parte do corpo permanentemente comprometedoras de suas funções, fazendo jus, portanto, à quantia monetária referente à demonstrativo do seguro DPVAT.

Conforme enunciado da súmula 474 do Superior Tribunal de Justiça "a indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez".

A prática forense demonstra que em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados. É, portanto, extremamente necessária a realização de perícia médica que determine com absoluta precisão a gradação da debilidade da parte do corpo humano atingida, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela vigente à lei nº 6.194/74 e conforme ao teor da súmula apontada. Assim, antes do processo ser iniciado, o segurado já tentou, por vias administrativas, receber o valor monetário pertinente à sua debilidade, muitas vezes insuficiente por não se saber com precisão a extensão do dano sofrido.

No presente caso, portanto, se incubir de realizar uma prévia tentativa de conciliação e mediação, ressalte-se já antes tentada comprovadamente por vias administrativas, sem saber com exatidão a extensão do dano para adaptá-lo à tabela oficial resulta-se em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes à ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinar a lesão no requerente. A partir da quantificação do dano é que as partes envolvidas lançarão suas propostas, comparando-a com a referida tabela.

Nestas situações, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar, momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC/15, postergando a sua realização para momento oportuno quando já realizada a perícia médica, em especial quando a parte autora já se manifestou contrariamente à sua realização de maneira prévia.

Pelo exposto, deixo de agendar momentaneamente a audiência de conciliação e mediação.

**Defiro o requerimento de Justiça Gratuita.**



Proceda-se à citação da parte ré, SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, Inscrita no CNPJ de nº 09.248.608/0001-04, podendo ser citada através de seu representante legal, na Rua da Assembleia, 100 –21º Andar, Centro, Rio de Janeiro–RJ, CEP.: 20.011-904, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC, ou seja, se não contestar a ação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por sua advogada, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

CÓPIA DO PRESENTE DESPACHO SERVIRÁ DE CARTA/MANDADO DE CITAÇÃO DA PARTE REQUERIDA.

Diligências necessárias.

CAICÓ/RN, data da assinatura eletrônica.

LUIZ ANTONIO TOMAZ DO NASCIMENTO

Juiz(a) de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
2ª Vara da Comarca de Caicó  
Avenida Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, CAICÓ - RN - CEP: 59300-000

Processo: 0801391-50.2020.8.20.5101

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: ANTONIO FIRMINO DA SILVA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

**DESPACHO COM FORÇA DE CARTA/MANDADO DE CITAÇÃO**

Prevê o art. 334 do Código de Processo Civil de 2015 que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o magistrado designará audiência de conciliação ou de mediação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo ser citado o réu com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência.

A presente demanda, por sua vez, trata de procedimento comum na qual a parte autora alegou ter sido vítima de acidente de trânsito, vindo a sofrer intervenções em parte do corpo permanentemente comprometedoras de suas funções, fazendo jus, portanto, à quantia monetária referente à demonstrativo do seguro DPVAT.

Conforme enunciado da súmula 474 do Superior Tribunal de Justiça "a indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez".

A prática forense demonstra que em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados. É, portanto, extremamente necessária a realização de perícia médica que determine com absoluta precisão a gradação da debilidade da parte do corpo humano atingida, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela vigente à lei nº 6.194/74 e conforme ao teor da súmula apontada. Assim, antes do processo ser iniciado, o segurado já tentou, por vias administrativas, receber o valor monetário pertinente à sua debilidade, muitas vezes insuficiente por não se saber com precisão a extensão do dano sofrido.

No presente caso, portanto, se incubir de realizar uma prévia tentativa de conciliação e mediação, ressalte-se já antes tentada comprovadamente por vias administrativas, sem saber com exatidão a extensão do dano para adaptá-lo à tabela oficial resulta-se em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes à ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinar a lesão no requerente. A partir da quantificação do dano é que as partes envolvidas lançarão suas propostas, comparando-a com a referida tabela.

Nestas situações, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar, momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC/15, postergando a sua realização para momento oportuno quando já realizada a perícia médica, em especial quando a parte autora já se manifestou contrariamente à sua realização de maneira prévia.

Pelo exposto, deixo de agendar momentaneamente a audiência de conciliação e mediação.

**Defiro o requerimento de Justiça Gratuita.**





Proceda-se à citação da parte ré, SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, Inscrita no CNPJ de nº 09.248.608/0001-04, podendo ser citada através de seu representante legal, na Rua da Assembleia, 100 –21º Andar, Centro, Rio de Janeiro–RJ, CEP.: 20.011-904, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC, ou seja, se não contestar a ação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por sua advogada, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

CÓPIA DO PRESENTE DESPACHO SERVIRÁ DE CARTA/MANDADO DE CITAÇÃO DA PARTE REQUERIDA.

Diligências necessárias.

CAICÓ/RN, data da assinatura eletrônica.

**LUIZ ANTONIO TOMAZ DO NASCIMENTO**

Juiz(a) de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)

