



Número: **0807194-23.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **28/02/2020**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO DOS SANTOS (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63365643	01/12/2020 15:50	2769674_CONTESTACAO_Anexo_04	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: 05/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02731-6

CONTA: 000000013919-X

Nr. da Autenticação 961F1F9A76D02945



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190689857

Cidade: Touros

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO DOS SANTOS

Data do acidente: 07/09/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA E DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO, PRINCIPALMENTE PARA ADUÇÃO HORIZONTAL (20°), ABDUÇÃO 100° E ROTAÇÃO INTERNA (25°) DO BRAÇO ESQUERDO, SALIÊNCIA EM FOCO DE FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA, DIFICULDADE PARA CARREGAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR À ESQUERDA, NEUROVASCULAR DE SEGMENTO ACOMETIDO PRESERVADO. DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.

Resultados terapêuticos: RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190689857
Nome do(a) Examinado(a): Joao dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Boa Cica, 247
Zona Rural Touros RN CEP: 59584-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 422007
Data local do acidente: [07/09/2019]
Data local do exame: [20/12/2019] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA E DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA E DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
NÃO FEZ FISIOTERAPIAS.
Data da Alta: 03/12/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO, PRINCIPALMENTE PARA ADUÇÃO HORIZONTAL (20°), ABDUÇÃO 100° E ROTAÇÃO INTERNA (25°) DO BRAÇO ESQUERDO, SALIÊNCIA EM FOCO DE FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA, DIFICULDADE PARA CARREGAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR À ESQUERDA, NEUROVASCULAR DE SEGMENTO ACOMETIDO PRESERVADO. DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
INVALIDEZ AO NÍVEL DE OMBRO ESQUERDO DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. 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 (*).
() "Vítima 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)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Uraí de Oliveira
DR. URAÍ DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE TOUROS
Secretaria Municipal de Saúde

Nome: JOÃO CARLOS SANTOS
692

End.: _____

Ao Polígrafo - hmb
Vítima de acidente
motociclístico com ferimentos
- graves em face e crânio
- sofreu manuseio pelo
Tribunal de Lei

George Medeiros
George Medeiros
Médico
CRM RN 3821

Touros/RN, 07, 09, 10





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 46314/2019

Admissão: 08/09/2019 00:55:16



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 142507 - JOAO DOS SANTOS (60 a 10 m 6 d)

Nascimento: 02/11/1958

Natural: TOUROS, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 705002410520257

CPF: 36602868420

Prof:

Mãe: ANGELITA SINPLICIO DOS SANTOS

Pai:

Logradouro: TABOLEIRO, 1

CEP: 59584000

Bairro: AREA RURAL BOA CIGCA

Cidade: TOUROS

Telefone: 84 32327500

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. OUTRA

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 08/09/2019 00:46:12

HORA	P.A.	HGT	SatO2	PIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	INIS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TRAUMA DE FACE E CORTE NA ORELHA ESQUERDA

Hora:

Paciente vítima de queda de moto há 3 horas, sem capote e liberação distal.
Apresenta ferida na face + fraturas articulares esquerdas. Além disso, apresenta
perda de consciência + ataxia.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A um nível médio, 11 colar cervical

B MV +, hta normal, SRA

C FC: 86, Sat: 93%

D Glasgow 12.

E exsurgentes + edema em face.

08.09.19 21:24
Ex. físico: ferida / 3 cm
Cura

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abd. e pulm. p/ alterações

08.09.2019 15:08
Dr. Augusto
Univ. Fed. do Rio Grande do Norte

Saida:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ. Impresso em 08 de Setembro de 2019.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 13/09/2019
MAT. Nº 151882
SAME
ASSINATURA



2h20

ESPECIALIZADO 1:

SE: O 60 a, vítima de acidente de moto há ± 4 h. Não sabe falar de troches.

FÍSICO - 44 anos 13 (A03 R/V 4 RMO), PIPR, sem diaplasmotoma, palpação indolor

da columna C/T/C -

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

TC crânio: HSAI em sulco do ângulo
a di méite. Fractura de OUTROS arco zig-
mático à esquerda

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

QD: Obter dados
e crédito

Neurologische
kontrolle als SLN
n. Dr. Wladimir

MR Neuroci
CRM/RN 893

540.9% 1000m EV

Dimming $L_2 + ABD$ to 60%. 06 Dec 18 Z

Plavil 10mg + ABD EV 818h. Ab 1/2 22

Assinatura e Carimbo do Responsável

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: 13/09/2019
MAT. Nº. 251882
SABE
Assinatura e Carimbo do Responsável
X
ASSINATURA

~~CLASSIFICATION OFFICE,
JAN 5 2004~~

03 - 05.00.00 (interseção de 03
interseções (interseções):
03 - 05.00.00 (interseções).

+ Heteromocleas TEASPALE G. JOURNAL Z. B.
Kasasmas of the center into important
approachments, & practical results. Lancia
1974:237-24

→ 4. Երկուսը ընդհանուր ժամկետով և ընդհանուր տարածվածությամբ զբաղվող հարցերի լուծման համար համապատասխան խնդիրներ առաջադրում են իրար։ Մեծ հարմարություններ ապահովում են զգալի և քիչ զեղակոչվող և նախաձեռնող մեկ կողմից։

SEOR	LEVE	Moderada	Intensa	Po
0	1	2	3	

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSOVY	
Adaptado Desfer (AG)	
Outros se abrem, e se põem rapidamente.	4
Outro se abrem, se fecham e se volt. Pelo contrário com a dispersa de um mesmo movimento, se fecha (nos casos 4, e AG 3.)	3
Outro se abrem por espulsão dolorosa	2
Outro não se abrem.	1
Reflexo de resposta verbal (RRV)	
Estimulado (linguagem verbalizada) e apertado com a percutida sobre sua boca, fecha os lábios, não se abrem, e não se volt.	4
Estimulado e percutido por percutida verbalizada, com ou sem abertura dos lábios, e com ou sem resposta verbalizada.	3
Estimulado e percutido verbalizada, com ou sem resposta verbalizada.	2
Estimulado e percutido verbalizada, com ou sem resposta verbalizada.	1
Sinais de resposta verbal (SRRV) (Resposta verbal verbalizada)	
Resposta verbalizada.	4
Resposta verbalizada verbalizada.	3
Resposta verbalizada verbalizada.	2
Resposta verbalizada verbalizada.	1
Reflexo de resposta verbal (RRV)	
Estimulado e percutido verbalizada.	4
Estimulado e percutido verbalizada.	3
Estimulado e percutido verbalizada.	2
Estimulado e percutido verbalizada.	1
Reflexo de resposta verbal (RRV)	
Estimulado e percutido verbalizada.	4
Estimulado e percutido verbalizada.	3
Estimulado e percutido verbalizada.	2
Estimulado e percutido verbalizada.	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA" (ETE)		
DISCRIMINADOR	NOTIFICAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASSON	13-15	= 0
	9-12	= 1
	6-8	= 2
	4-5	= 3
	3	= 4
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	16-20	= 0
	21-24	= 1
	25-30	= 2
	31-35	= 3
	36	= 4
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90-100	= 0
	60-89	= 1
	40-59	= 2
	1-39	= 3
	0	= 4

[illegible]



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: 05/09/19 _____ Alta: _____
Nome: João dos Santos Naturalidade: Torres (RN)
Idade: 602 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Data de Nascimento: 02/11/58
RG: 422.007 352 (RN) Estado Civil: Casado Nível de Instrução: 1ª série
Filiação: Pai: _____ Mãe: Angélica Simpliciana dos Santos
Endereço: Rua G, nº 8, Boa Vista, Z. Rural Cidade: Torres (RN)
Telefone: 99217-3181 () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: _____ Outros telefones: _____
Composição familiar: 4 pessoas (paciente + esposa + 2 filhos)
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: agricultura Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
Interação 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 _____
☒ Encaminhado: Hospital de origem: Torres

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não ☒ Sim Qual o motivo? Acompanhante legal
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental RG: 1455846
Responsável pelo paciente: Maria Alcide Silva dos Santos 3521RN
Parentesco: esposa Telefone: 99217-3181
Endereço do Responsável: O mesmo

Evolução

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

Paciente sofreu queda de motor e ficou em tratamento pela lesão. Anexadas as cópias de documentos.

Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____

Missão: Orientar, controlar hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergência clínica, cirúrgica, agravos de causas externas, em especial a trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz das melhores práticas e evidências.

OS. 05.09.2019
CONFERE COM ORIGINAL
MAT. Nº 157872
SANE
ASSINATURA



Paciente: 142507 - JOAO DOS SANTOS

FIA: 4-8510/2019

Idade: 60 ano(s) 10 mes(es) e 11 dia(s)

Prescrição Nº: 6

Hospital / Unidade: WG - POLINHO

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1188714

Peso:

Data Internação: 08/09/2019 23:07

Início Validade: 13/09/2019 07:48 até 14/09/2019 18:59

Quarto / Leito: 1 - 26

Médico Resp: 861-BRUNA FERNANDES DOS SANTOS

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

13/09/2019 07:49:11 - #NCR - 6º DIH TCE (HSA + OTOLIQUEURRÉIA ESQ)
 PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL SEM INTERCORRENCIAS
 G14 (CONFUSO), PUPILAS ISO/FOTO
 SEM DÉBITO LCR PELO OUVIDO HÁ 48h
 CD: TC CONTROLE PARA AVALIAR ALTA

Dr. Cleiton V. Pereira
 NEUROCIRURGIA
 CRM 5199

TC controle sem
 novos quadros
 CS: AVE da NCR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - BRANDA HIPOSSODICA				3h/3h	SAP	
SOLUÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - SOLUÇÃO DE a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 11,8h	1.000	ML	IV	Contínuo	28gota/min	
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML Diluição: 8ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h	10 18 24 06	
4 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML S/N sn Obs.: se náuseas ou vômito	1	AMP	IV	8h/8h	06	
5 - FENITOINA 50MG/ML 5 ML Obs.: fazer 02 ml + 18 ml abd IV 8h/8h	2	ML	IV	8h/8h	14 22 06	
6 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.) Obs.: 01 amp + 10 ml abd ev pela manhã	1	FR	IV	24h/24h	06	
7 - TRAMADOL 50MG/ML - 2ML Diluição: 100ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h	14 22 06	
8 - ACETAZOLAMIDA 250 MG Obs.: COM O PACIENTE	1	COM	VO	8h/8h	14 22 06	
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
9 - CABECEIRA ELEVADA				CONTÍNUO		
10 - CONTROLE HGT Obs.: + PROTOCOLO DE INSULINA REGULAR PADRÃO				8h/8h	11 17 23 06	
11 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS Obs.: + OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA RIGOROSA				8h/8h		

AVA hosp. Fern

CLEITON VIEIRA PEREIRA
 CRM-5199/RN

Dr. Cleiton V. Pereira
 NEUROCIRURGIA
 CRM 5199

CONFERE COM ORIGINAL
 13/09/2019
 MAT. Nº: 191805-70
 ASSINATURA

Medico: CLEITON VIEIRA PEREIRA
 Exatidão: 100%
 13/09/2019
 07:49:11
 13/09/2019 07:49

Legenda: (A) alterado - (S) suspensão - (SIN) se necessário. Item em negrito e sublinhado é de alto risco

13/09/2019 07:49



HOSPITAL MONSENHOR WALEREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 8510 /2019

Prontuário: 1188714

Paciente: 142507 - JOAO DOS SANTOS

Cartão SUS: 705002410520257

CPF: 36602868420

Dt Nasc: 02/11/1958

Idade: 60 anos 10 meses 6 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: ANGELITA SINPLICIO DOS SANTOS

Nome do pai:

Rua/Av: TABOLEIRO

Complemento:

Nº: 1

Bairro: AREA RURAL BOA

CICCA

CEP: 59584000

Cidade: TOUROS

Telefone: 84 32327500 84 32327500

Especialidade: NEUROCIRURGIA

Unidade: POLITRAUMA

Leito: 11

Responsável: JOAO DOS SANTOS -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Admissão: 08/09/2019 23:07:50

Alta:

Obito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S06.6 - HEMORRAGIA SUBARACNOIDE DEVIDA A TRAUMATISMO
303040106 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 08 de Setembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: Clínica Políptica

ANAMNESE Acidente motociclista

EXAME FÍSICO Mano - lesão - corte - contusões do pulso -
adormecimento

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA Poliomiosite

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Uso de analgésico
Uso de anti-inflamatório
Uso de curativo da lesão

João Alves Martins
Médico / CRM 2484

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Atendimento
Tratado em observação
Re: fisioterapia
(a) tratamento por fisioterapia
por fisioterapia
observação

Hausemann Moreira
Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: N° do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: UCR DATA: 05/05/19 HORA: 22:50

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☒ A Revelia ☐ Transferido para:

MÓBITO: DATA: / / HORA:

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

Medico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE: N° do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ A Revelia ☐ Transferido para:

MÓBITO: DATA: / / HORA:



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS) Não

M (MEDICAÇÃO EM USO)

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L (LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL) Atualizada

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

1) TC de tórax + cervical + Abdom + Abdome

2) Raios X de pelve

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Dr. Ueslei

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONDIÇÃO PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

Em tempo: 01:55h TC de tórax: sem evidências de fraturas em suas costelas e sem presença de hemo e/ou pneumotórax. TC de Abd sem lesões aparentes de vísceras e sem líquidos livres na cavidade. TC de tórax com contusões indistintas no: Abdo da Quingua Geral.

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	NRC	HORA: 01:05	DATA: 08/09/2019
ESPECIALISTA 2	Bucamato	HORA: 01:05	DATA: 08/09/2019
ESPECIALISTA 3	Ostia de	HORA: 07:50	DATA: 08/09/19

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

ÓBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () JTEP





HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO

Nome do Paciente: JOÃO DOS SANTOS (P.T)

Cód. Paciente: 846

DN: 02/11/1958

Idade: 60 ano (s);

Data Exame: 13/09/2019 - 09:00

Documento: -

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Metodologia:

Obtidos cortes por metodologia multislice, sem o uso de contraste endovenoso.

Análise:

Área hipotenuante de encefalomalácia/gliose frontal esquerda, de aspecto sequelar.

Sistema ventricular de morfologia e dimensões preservadas.

Não há desvio de estruturas da linha mediana.

Cisternas e sulcos corticais de amplitude dentro dos limites normais.

Restante do parênquima encefálico com coeficientes de atenuação habituais.

Ausência de coleções extra-axiais nos cortes obtidos.

Ateromatose das carótidas internas.

Lauda gerado: 13/09/2019 09:30. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbsrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: huQfmG0X.

Laudado Por:

Dr. Marcelo Jorge Dantas Marques
CRM-RN 5785 / RADIOLOGISTA

Validação



Pag. 1 de 1.





PREFEITURA MUNICIPAL DE TOUROS
HOSPITAL MUNICIPAL MINISTRO PAULO DE ALMEIDA MACHADO
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

102

NOME: JOÃO DOS SANTOS				
NOME DA MÃE: Angélica Simplicio da Silva				
IDADE: 60	D. NASC: 02-11-58	COR: M	ESTADO CIVIL:	TELEFONE:
ENDEREÇO: Rua Ezequiel				Nº:
NATURALIDADE: Touros	CIDADE: Touros			UF: RN
HORA DA ENTRADA: 22:46	DATA: 7-9-19	CARTÃO SUS: 36602868	20	
TIPO DE ACIDENTE:				PESO:

ACOLHIMENTO:

TEMPERATURA:

SINTOMATOLOGIA:

TA: 130/80

mmHg, PULSO:

RESPIRAÇÃO:

DEFIC/DOENÇA: () S () N

ESTADO FÍSICO DO PACIENTE: () PETÉQUIAS () CEFALÉIA () FEBRE () EPISTAXE

() APARENTEMENTE BEM () REGULAR () COM DISPNEIA () CHOCADO () COMATOSO () COM HEMORRAGIA

() POLI TRAUMATIZADO () AGITADO () OUTROS. O PACIENTE ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

HISTÓRICO - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA):

Tumor (A 4m, 1cm) 14:00:00 2: 20

EXAME FÍSICO - LESÃO OU AFEÇÃO ENCONTRADA:

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

EXAMES COMPLEMENTARES. DE REGISTRO.

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO SERVIÇO.

() Clínico () Cirúrgico () Ortopédico () Neurológico () Otorrino () Oftalmológico () Cir. Plástica

CONDUTA:

Num (A 4m 8/ 14:00:00) 2: 20
O Tumor (A 4m 8/ 14:00:00) 2: 20

No 14:00:00

Georgina Macielos
Médico
CRM RN 3821

DESTINO DO PACIENTE

1. () Internado 2. () Removido Destino

Retornou-se por: () Decisão Médica () a Pedido () A Revelia () Óbito () Data: / / Certidão emitida sim () Não ()

OBSERVAÇÕES:





HSECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DO RN
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS
AV. JOAQUIM MANOEL, 720 PETRÓPOLES.
CEP 59.012-300. (84) 3232-2656 / 3232-2634
CNPJ 082417540133/95



RECEITUÁRIO MÉDICO

P/ João dos Santos

- Uro. Ol.

① Oxypropers 600s _____ 15g

Tom 3 q de 8h de 12h
S dia.

Natal, 18/05/19

Dr. Diego Garcia Cruz
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia de Mão e Tornozelo
CRM-RN: 13304 / RCP 15446
Assinatura do Médico.





SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DO RN
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PAREIRA DOS SANTOS



RECEITUÁRIO MÉDICO

Retentação Médica

- Pt João da Santos c/ fratura
de 1/3 médio de clavícula (E) no dia
07/09/19, realizando tratamento conservador.
Sem necessidade de alta.

CID = S422

Natal, 02/10/19

Dr. Diogo Gomes Cruz
Especialista em Traumatologia
CRM-RN 16442 / TECT 16442
Assinatura do Médico





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

RECEITUÁRIO

NOME: JOÃO DOS SANTOS MATRÍCULA: _____

Tabaco L
Água mineral Boa Vista
Também - Rm

1.
A ZETONAMICINA 500mg - 75 mg
Também em 10 L x dia, por 05 dias
VE

NEOMICINA - 200mg - 80 mg
Uma vez ao dia 2/2 dias
Curativo 2/2 dias ao ponto da ferida
Se necessário nos próximos:
2-9 40 ou 60 + - 07:00
Ambulatório de Cirurgia Plástica
CTR / Htub

João Alves Martins
Médico / CRM 2484

DATA 03/09/15 _____
MÉDICO - CRM

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





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

RECEITUÁRIO

NOME: João dos Santos MATRÍCULA: _____

7
no prof
Diamox 250mg — 01 Lx
Terminar 01 cop de 870m

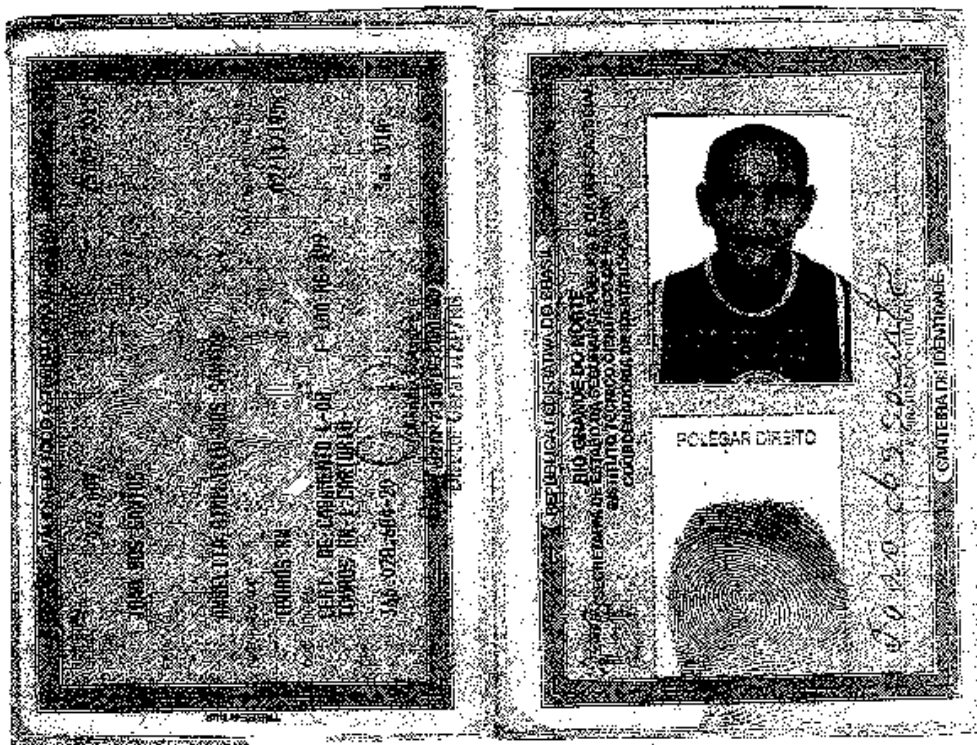
DATA 09/09/19

Dr. Cláudio V. Pereira
MEDICINA
CRM - RN 1408

MÉDICO - CRM

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





Vítima

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
366.028.884-20

Nome
JOAO DOS SANTOS

Nascimento
02/11/1958

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **923.980.303-34**

Nome: **FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA**

Data de Nascimento: **26/11/1978**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **12/05/2000**

Dígito Verificador: **00**

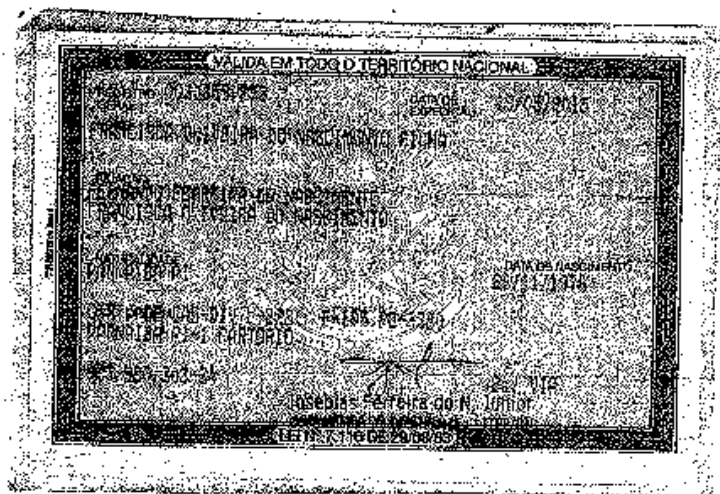
Comprovante emitido às: **13:02:48** do dia **01/11/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **92B2.76B9.F283.EFC3**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





[illegible]

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

JOAO DOS SANTOS, brasileiro, casado, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº422.007, expedida pela SSP/RN, inscrito no CPF sob o nº366.028.684-20, residente e domiciliado na Rua Povoado Boa Cica, nº 247, Boa Cica, Touros/RN, CEP:59584-000.

OUTORGADA:

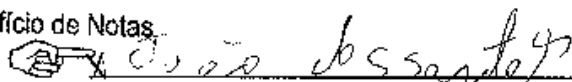
FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA, brasileira, divorciada, profissional liberal, inscrita no CPF sob o nº 923.980.303-34, com o RG sob o nº 003.359.253 com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes, nº 1026, Santos Reis - Parnamirim/ RN, CEP 59.141.085, E-mail: franciscaseguros@hotmail.com

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder DPVAT e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

PARNAMIRIM /RN, 23 de outubro de 2019.

1º Ofício de Notas



OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICAÇÃO

1º Ofício de Notas e Registros
Rua Benjamin Norberto Marques, 149 - Centro - CEP: 59.140-220 - Parnamirim - RN
Fone/Fax: (51) 221-3325 - Site: www.1oficioparnamirim.com.br
Eduardo Lima do Vale (TCE/RN) - Luciana Oliveira Rodas (TCE/RN)

Reconheço por autenticidade a firma de:
JOAO DOS SANTOS, Douç. de
Selo Digital: RN201900953/50028093/VNK
Confira a autenticidade em: <http://selodigital.tjn.jus.br>
Parnamirim/RN, 23 de Outubro de 2019. anny.lima 08:30

Em testemunho da Verdade

2ª - PARNAMIRIM - RN



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443424/19

Vítima: JOAO DOS SANTOS

CPF: 366.028.684-20

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 07/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA : 923.980.303-34

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAO DOS SANTOS : 366.028.684-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/12/2019
Nome: FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA
CPF: 923.980.303-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA

GERCIA LOURENCO DA SILVA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190689857

Vítima: JOAO DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15230325



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 366.028.684-20 4 - Nome completo da vítima: JOÃO DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOÃO DOS SANTOS 6 - CPF: 366.028.684-20
7 - Profissão: REC. INFORM. 8 - Endereço: RUA DO BOO CICO 9 - Número: 247 10 - Complemento:
11 - Bairro: BOO CICO 12 - Cidade: TOUNOS 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59084-000
15 - E-mail: centralseguros04@outlook.com 16 - Tel (DDD): 84 99828-0300

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4886 CONTA: 0000132048
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a/nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PERNAMBUCO, 03/12/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

IMA: cobertos de segunda-feira a sábado, 04-05

200 47652605-8

04/007/2019

HORA DE INÍCIO: 08:30:00

LOT. 17.018/1/5

ITEM 033802

LOCALIDADE: LOURDES

RD. VINCULADA: 0886

CONTROLE: 280101159

COMPROVANTE DE AGENTURA IN: POMP CAIXA FACIL

NUM. UNID-DOS SANTOS

AGREDA: 4008

DEFECAU: 013

CONTA DV: 000.000.013.204-8

~~000.000.013.204-8~~

LOURDES CAIXA

200 47652605-0

13-VIA





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: DELEGACIA MUNICIPAL DE TOUROS
Endereço: AV. ADRIANA DANTAS RIBEIRO, S/NL CENTRO, TOUROS

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019048001062
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 07/10/2019 10:10:33
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 07/09/2019 17:00:00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Rural
2.8 Número: SN
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida
2.4 Plágio: Não
2.7 Logradouro: RN 023, PRÓXIMO AO GERAL
2.9 CEP: 69.584-000
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: TOUROS

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOÃO DOS SANTOS
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Preta
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 36602868420
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)
3.15 Telefone(s): 84 992173181
3.17 Número: 80
3.19 Bairro: ZONA RURAL
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: TOUROS

3.2 Estado civil: Casado(a)
3.4 Pai:
3.6 Mãe: ANGELITA SIMPLICIO DOS SANTOS
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 02/11/1958
3.14 RG: 422007 - ITEPI/RN
3.16 Passaporte:
3.18 Nacionalidade: TOUROS RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: RUA DO TABULEIRO "G", BOA CICA
3.24 CEP: 59584000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA COMUNICAR QUE SAIU DE CASA GUIANDO A MOTO DE PLACA NNJ-8F00, PRA COMPRAR UM REMEDIO EM TOUROS/RN, PARA A PRÓSTATA, QUE NA VOLTADA PARA CASA, NO LOCAL E DATA DO FATO ACIMA MENCIONADO UM CAMINHÃO COM OS FARÓIS ALTO, QUE FEZ A VÍTIMA SE ENCANDEAR, DAÍ A VÍTIMA SAIU FORA DA PISTA E PERDEU O CONTROLE DA MOTO, QUE CAIU FICANDO DESACORDADA, ONDE SOFREU VÁRIAS LESÕES PELO CORPO, QUE SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE TOUROS EM SEGUIDA ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL WOLFRED GURGEL EM NATAL/RN E DEPOIS TERMINOU O TRATAMENTO NO HOSPITAL RUI PEREIRA EM PARNAMIRIM/RN, CONFORME A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA, QUE NADA MAIS DECLAROU.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

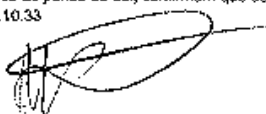
INTIMA PARA COMPARECE A AUDIÊNCIA DIA 21.10.2019, ÀS 11:30, NA COMARCA DE TOUROS, PARA RESPONDER PROCEDIMENTO POR DIRIGIR SEM HABILITAÇÃO.

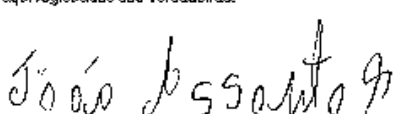
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 07/10/2019 10:10:33


Policial


Interessado



Polegar direito

Atendimento: 965219 - MANOEL CLAUDIO BRITO FIRMINO

Impressão por: 965219 - MANOEL CLAUDIO BRITO FIRMINO em 07/10/2019 10:11:29

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2019048001062

