



Número: **0813590-79.2021.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **21ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **10/03/2021**

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

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WILLIAM DE ARAUJO PEREIRA (AUTOR)		ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO) CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO) BRUNO HENRIQUE CORTEZ DE PAULA (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (REU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
81495519	28/04/2022 08:58	Petição	Petição
81495522	28/04/2022 08:58	2795293_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_04	Petição
81495528	28/04/2022 08:58	2795293_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02	Outros documentos
81496280	28/04/2022 08:58	2795293_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_03	Outros documentos

Juntada de petição.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 19ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08135907920218205001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **WILLIAM DE ARAUJO PEREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., informar para ao final requerer o que segue:

Esclarece e ratifica que a vítima já havia sido indenizada em razão de invalidez no membro inferior direito em sede administrativa não tendo localizado ação judicial que versasse sobre o sinistro anterior.

Ratifica-se, que a vítima acidentou-se em 13/01/2015, restando com invalidez parcial incompleta no mesmo membro inferior direito, e com isso, foi devidamente indenizada.

Ressalta-se, que, dado o caráter permanente da invalidez, é evidente que qualquer perícia que a vítima venha a se submeter a invalidez estará presente, e que no caso corresponde inclusive ao mesmo percentual apurado anteriormente, o que corrobora as alegações da Seguradora.

Assim, requer seja reconhecido que a vítima pleiteia nova indenização por fato anterior, não havendo que se falar em nova invalidez, já que o percentual apurado corresponde exatamente ao mesmo percentual apresentado no laudo produzido nestes autos.

Dessa forma, requer a total improcedência dos pedidos.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 26 de abril de 2022.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN



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: 31/07/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILLIAM DE ARAUJO PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00034

CONTA: 000000054686-8

Nr. da Autenticação 18AD56E7DE04CE7A



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150624198 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLIAM DE ARAUJO PEREIRA **Data do acidente:** 13/01/2015 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA EM FEMUR DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITACAO FUNCIONAL EM MI DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL /MI DIREITO: 50% DE 70%= 35%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

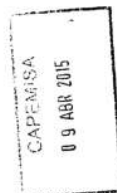
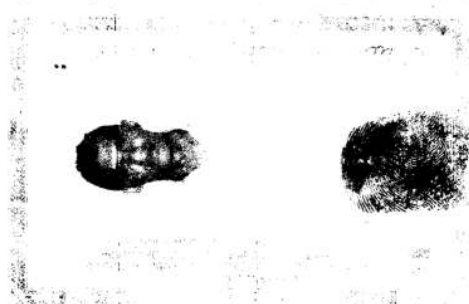
Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2015

Carta nº: 7563164

A/C: WILLIAM DE ARAUJO PEREIRA

Sinistro: 3150624198
Vitima: WILLIAM DE ARAUJO PEREIRA
Data Acidente: 13/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: WILLIAM DE ARAUJO PEREIRA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 0000034

Conta: 0000054686-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00115/00116 - carta_15R





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 46

NOME: William de Franco Pereira
IDADE: 23 anos COR: _____ SEXO: M ESTADO CIVIL: _____

NATURALIDADE: _____ PROFISSÃO: _____ PROCEDÊNCIA: _____
ENDEREÇO: Trav. Grande ABC 24 BAIRRO: Felipe Camar
CIDADE: Paraná, RN DATA: 13.03.15 HORA: 11:25h

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP. 38,2 98,6 RESPIRAÇÃO 18 PULSO 100 T.A. 100x6

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) Acidente de trânsito
Suspeito de lesão. Colisão com carro. Com danos
material. Suspeito de fratura no MTD

EXAME FÍSICO

CAPEMISA

09 ABR 2015

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 46

NOME:

William de Araujo Pereira

IDADE:

23 anos

COR:

SEXO:

M

ESTADO CIVIL:

NATURALIDADE:

PROFISSÃO:

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

Trav. Grande ABC 24

BAIRRO:

Felipe Camar

CIDADE:

Parel, RN

DATA:

13.03.15

HORA:

11:25h

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐REGULAR ☐COM DISPNEIA ☐CHOCADO ☐COMATOSO ☐C/ HEMORRAGIA ☐EM CONVULSÃO ☐POLITRAUMATIZADO ☐AGITADO ☐OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP:

36,2 98%

RESPIRAÇÃO

18

PULSO

100

T.A.

100x60

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Surto de epilepsia. Causa de acidente no trabalho. Surto de epilepsia. Causa de acidente no trabalho. Surto de epilepsia. Causa de acidente no trabalho.

EXAME FÍSICO

CAPEMISA

09 ABR 2015

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULS.

DIAGNÓSTICO INICIAL



EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Dr. Tarciso S. Veríssimo</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM 5688</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ENTREGUE	A FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

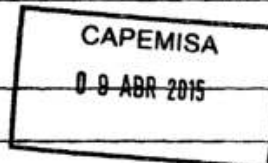
ORTOPEDIA	CLINICA CIRURGICA	CLINICA MEDICA	CLINICA PEDIATRICA
-----------	-------------------	----------------	--------------------

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		136868
DATA	HORA	CATEGORIA
13/01/2015	20:41	GIH
PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO	
WILLIAM DE ARAUJO PEREIRA	17/11/1991	
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	

ENDEREÇO (RUA, Nº)			
RUA GRANJA ABC, Nº 24-A			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP
NATAL	FELIPE CAMARÃO	RN	59074-423
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE		
FILIAÇÃO			
RESPONSÁVEL	TELEFONE		
A MÃE	3205-1793		
ENDEREÇO			

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO



DATA DE ADMISSÃO

ALTA

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

FT FEMULA D.
realizado
traum esomela
c/urpo.

Carlos Maier
Cirurgia do Ombro
CRM 12572

19/2014





SUS
Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Identificação do Paciente

5- PACIENTE WILLIAM DE ARAUJO PEREIRA	6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 136868			
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 700 1019 0220 7010	8- DATA DE NASCIMENTO 17/11/1991	9- SEXO MASCULINO (X) FEMININO ()	10- RAÇA/COR	
11- NOME DA MÃE HOZANA MEDEIROS DE ARAUJO NETA	12- TELEFONE DE CONTATO			
13- NOME DO RESPONSÁVEL A MÃE	14- TELEFONE DE CONTATO 3205-1793			
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA GRANJA ABC, Nº 24-A	16- MUNICÍPIO NATAL	17- BAIRRO FELIPE CAMARÃO	18- UF RN	19- CEP 59074-423

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS FT Fêmur (D)			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO proc - cirurg			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) RX			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL	24- CID 10 PRINCIPAL	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

CAPEMISA

09 ABR 2015

Procedimento Solicitado

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

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

Autorização

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





HOSPITAL REGIONAL DE OCELECIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: William de Anjo Pereira Idade: 23 D/N: 17 / 11 / 1991
Pront.: 22 / 46 Município: Natal Procedência: () Interno (X) Externo
Data da cirurgia: 13 / 01 / 15 Hora Admissão: Bloco: 12 / 15 Sala: 15 Hora Saída: 16 / 45 Peso: 60 kg
Alergias: (X) Não () Sim Comorbidades: () H.S () DM () Outras
Uso de medicações: (X) Não () Sim Jejum: (X) Não () Sim
SSV Admissão: PA: 100 mmHg Pulso: 79 bpm FI: 100 rpm FC: 100 bpm SpO₂: 100 % T: 36 °C
Enfermeiro(a): Rafaela Instrumentado (a): Rafaela Circulante: Fernanda
Cirurgia: Hernioplastia com tração femoral Especialidade: Ortopedia Sala: 03
Hora Início: 14 / 30 Hora Término: 16 / 45 Tipo de cirurgia: () Eletiva (X) Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1.º Cirurgião: Carlos Maia Aux.: João Vitor Residente: ---
Anestesia: () Local (X) Sedação () Geral TOT: --- () Bloqueio () Raquidiana Ag. nº --- () Peridural () C/cateter () S/cateter
Ag. nº --- Cateter nº: --- Início: 14 / 20 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: --- Término: ---
Anestesiologista: Carlos Efraim

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Capnografia
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nerv.
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Difrútor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Cistostomia
<input type="checkbox"/> 1.º dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Dreno:	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado
<input type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Tração	<input type="checkbox"/> Talas
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Dispositivo O ₂		
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia			
<input type="checkbox"/> Amputações				

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	98	79	115	Bpm
Pulso	97	95	109	Bpm
Oximetria	99	93	92	%
Capnografia	---	---	---	%
PA	100	100	100	mmHg

ACESSO VENOSO
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa

Local: MSE
Cateter: Jelco

SONDAGEM GÁSTRICA
<input type="checkbox"/> SNG nº
Retorno:

CATERISMO VESICAL
<input type="checkbox"/> SVF nº
SVA nº

Diurese: ---
Profissional responsável: ---

EXAMES SOLICITADOS:	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros

☐ Tipagem Sanguínea
☒ Radioscopia (Raio X) Controle

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatómico
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Trendelenburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatómico
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
() Sim (X) Não () Metal () Descartável

Local: ---
DEGERMAÇÃO: --- TRICOTOMIA: ---
(X) Sim () Não

Local: MTI Solução: Clorox Local: ---

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos:
Tela:
Cateter:
Ostomia:
Fio de KC:
Parafuso - tipo:

Placa - Tipo: ---
Outros: Tração e fio de S. nº 3,5

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: Reinforcer Quant. Material: ---
Val.: 19/01/15 Contagem de gaze e compressa: ---





HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: William de Anjo Pereira Idade: 23 D/N: 17 / 11 / 1991
Pront.: 28 / 46 Município: Natal Procedência: () Interno (X) Externo
Data da cirurgia: 13 / 01 / 15 Hora Admissão: Bloco: 12 / 15 Sala: 15 Hora Saída: 16 / 45 Peso: 60 kg
Alergias: (X) Não () Sim Comorbidades: () H.S () DM () Outras
Uso de medicações: (X) Não () Sim Jejum: (X) Não () Sim
SSV Admissão: PA: 100 mmHg Pulso: 79 bpm FI: 100 rpm FC: 100 bpm SpO₂: 100 % T: 36 °C
Enfermeiro(a): Rafaela Instrumentado(a): Rafaela Circulante: Fernanda
Cirurgia: Herniação com tração femoral Especialidade: Ortopedia Sala: 03
Hora Início: 17 / 20 Hora Término: 17 / 20 Tipo de cirurgia: () Eletiva (X) Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1.º Cirurgião: Carlos Maia Aux.: João Residente: ---
Anestesia: () Local (X) Sedação () Geral TOT: --- () Bloqueio () Raquidiana Ag. nº --- () Peridural () C/cateter () S/cateter
Ag. nº --- Cateter nº: --- Início: 17 / 20 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: --- Término: ---
Anestesiologista: Carla Emano

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Capnografia
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nerv.
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Inteira	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Difrútor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Cistostomia
<input type="checkbox"/> T/dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Dreno:	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado
<input type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Tração	<input type="checkbox"/> Talas
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Dispositivo O ₂		
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia			
<input type="checkbox"/> Amputações				

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	98	79	115	Bpm
Pulso	97	95	109	Bpm
Oximetria	99	93	92	%
Capnografia	---	---	---	%
PA	100	100	100	mmHg

ACESSO VENOSO
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa

Local: MSE
Cateter: Jelco

SONDAGEM GÁSTRICA
<input type="checkbox"/> SNG nº
Retorno:

CATERISMO VESICAL
<input type="checkbox"/> SVF nº
<input type="checkbox"/> SVA nº

Diurese: ---
Profissional responsável: ---

EXAMES SOLICITADOS:	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria
<input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	<u>controle</u>

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatómico
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatómico
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
() Sim (X) Não () Metal () Descartável

Local: ---
DEGERMAÇÃO: --- TRICOTOMIA: ---
() Sim () Não () Sim (X) Não

Local: MTI Solução: Clorox Local: ---

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos:
Tela:
Cateter:
Ostomia:
Fio de KC:
Parafuso - tipo:

Placa - Tipo: ---
Outros: Tração e fio de S. nº 3,5

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: Reinforcer Quant. Material: ---
Val.: 19/01/15 Contagem de gaze e compressa: ---





HOSPITAL REGIONAL DE OCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:
() Hemoconcentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.
MEDICAÇÕES UTILIZADAS
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA
(X) Soro Fisiológico: 500 ml () Soro Ringer Simples: _____ ml Quantidade total de v.c. _____
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO
(X) Não () Sim Peça: _____ Peça para sepultamento: (X) Não () Sim
Swab para cultura: _____ Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES
FO de aspecto: () limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas (X) Outros: tração

INTERCORRÊNCIAS: colocada tração com fio de Steinman
3,5 cm de tração c/ 5kg de tração. Segue p/ SPTA
Dr. Ortopedista - gesso auxiliar Dr. Carlos Manoel

Ass: Fernando D. Coren 64350

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (X) Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel (X) O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Sonda
colostomia () Outro: _____
Diurese: (X) Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: CRO

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 17:00 Data: 13/01/15 Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento () Narcose (X) Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) O₂ Amb.
Mobilização MMII: () Normal (X) Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: KVO Local: URE Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA tração em MIO

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração RR
Relate: _____

SINAIS VITAIS
Hora TC P PA FR Sat.% Dor
Admissão / 72 / / 100 /
30' / 69 / / 100 /
60' / / / / /
Alta / / / / /

Líquidos administrados na URPA:
Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: 1 _____ ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:
Hora Medicação Dose Via Assinatura

Eliminações:
Diurese Retorno Retorno Drenagem Retorno da
Gást. Irrigação
Recebido da SO
Desprezado
URPA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Paciente admitido no CRO referente dor
tração em MIO. Administrado paracetamol 50mg por ordem verbal de Dr.
Carlos Manoel 14:30h. Teu enf. Rutimato Coren 1185 578.277. Recomendado
a clínica Ortopédica.

Ass: Priscila Coren 123456





PREScrição Médica- TRAUMATOLOGIA

LEITO 35

PACIENTE: WILLIAN DE ARAUJO PEREIRA

DATA: 08.02.2015

IDADE:

1	DIETA LIVRE				
2	TRAMAL 50 1 COPM VO DE 6/6 H	12	18	24	06
3	CLEXANE 40 MG SC 1 AMP 1 X AO DIA	06			
4	DIPIRONA 1AMP + ABD 6/6 H	12	18	24	06
5	SSVV				
6	KEFAZOL 1G + ABD EV 8/8HS	14		22	06
7					
8	Rogério Santos				
9	Ortopedia e Traumatologia				
10	CRM/RN 1226 SBO 1341				

EVOLUÇÃO MÉDICA

DIAGNOSTICO:

QUEIXAS

NEUROVASCULAR EM MEMBRO AFETADO: (X) SEM ANORMALIDADES OBS.

PRESENÇA DE FERIDA () NÃO () SIM ASPECTO:

IMOBILIZAÇÃO: QUAL?

TROCAR? SIM () NÃO ()

SOLICITO RADIOGRAFIA:

SOLICITO OUTROS EXAMES:

CAPEMISA
09 ABR 2015





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 95243

1 - LOCAL E DATA

Local Av. Alameda Abel Cabral Bairro Nova Parnamirim
Cidade/UF Parnamirim - RN P. Ref. Rodovia nº 06
Data 13/01/2015 Hora do acidente 10:00h Hora do registro 11:30h Dia da semana Terça - Fev



2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi OWB-9128 Cidade Parnamirim UF RN
Marca/Mod. Pontiac Vibe 2.0 Cor Branco Ano 2013 2014
Proprietário Alcides Gomes do F. G. de Sousa N° de Ocupantes 1
Condutor Alcides Gomes do F. G. de Sousa Data de Nasc. 18/11/77
Endereço Rua Tocantins - Cond. Calvete do Senador N° 225 Fone 8355-1010
Bairro BL. E. G. AP. 1002 - C. União Cidade Parnamirim UF RN
CPF N° 008.724-094-73 CNH N° 0113885330 Validade 20/03/2015 Categoria B
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi NOD-7155 Cidade Rafael UF RN
Marca/Mod. Ford Focus 1.6 Cor Preto Ano 2012 2013
Proprietário William de Azevedo Pereira N° de Ocupantes 01
Condutor William de Azevedo Pereira Data de Nasc. 17/11/91
Endereço Travessa Osmundo ABC N° 24 Fone 3205-1753
Bairro Filipe Camarões Cidade Natal UF RN
CPF N° 098.058.474-46 CNH N° 0583659913 Validade 26/11/2017 Categoria A
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL

CITACAO DE TRAFEGO
AUTENTICACAO

Natal/RN 22/04/15

194.912-8



7. VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. Abel Cabral

Em que sentido? Rm. 101 / Cidade Verde

Em que faixa? Estacionado

Versão do condutor: O Condutor alega que seu veículo está estacionado dentro da residência de sua mãe e que não sabe quando foi estacionado que ocorreu a colisão em seu veículo. Que segundo seus dados o veículo que o condutor da V-2 vinha de frente ao veículo.

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. Abel Cabral

Em que sentido? Rm. 101 / Cidade Verde

Em que faixa? Direita

Versão do condutor: O Condutor de alega que vinha transitando normalmente na via quando foi surpreendido por outro veículo e ocorreu a colisão com o V-1 que estava estacionado na via.

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

21 MAI 2015

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DE DEFESA SOCIAL
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SEÇÃO DE TRÁFEGO
AUTENTICAÇÃO

Natal/RN 22/04/2015









194.912-8



8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amarelhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebelina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Olcosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente	_____	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

 ÁRVORE
 VESTÍGIOS
 SEMÁFORO
 PEDESTRE
 BICICLETA OU MOTO
 CARRO DE PEQUENO PORTE
 CAMINHÃO OU ÔNIBUS
 CARRETA

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1		AVARIAS DO VEÍCULO 2	
<p>Placa: 9128</p> <p>Cor: Branco</p> <p>Modelo: Fusca</p> <p>Marca: Volkswagen</p> <p>Valor: R\$ 1.500,00</p>		<p>Placa: 7155</p> <p>Cor: Branco</p> <p>Modelo: Fusca</p> <p>Marca: Volkswagen</p> <p>Valor: R\$ 1.500,00</p>	
AVARIAS DO VEÍCULO 3		AVARIAS DO VEÍCULO 4	
	<p>SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL</p> <p>COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL</p> <p>SEÇÃO DE TRÁFEGO</p> <p>AUTENTICAÇÃO</p> <p>Assinatura: [Assinatura]</p> <p>Data: 24/11/15</p>		



11- ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Hospital de Polícia Militar Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome W. J. de M. da Silva Órgão Expedidor ITDP-RN Data de Nascimento 12/11/91
RG N° 093.058.474-46 Endereço Imperial Uniao ABC Fone Nº 4
Bairro Felipe Camargo Cidade Natal UF RN
Versão 2

Assinatura H. M. da Silva Hora

12- ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
RG N° _____ N° _____ Fone _____
Endereço _____ Cidade _____ UF _____
Bairro _____
Versão _____

Assinatura Hora

13- ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
RG N° _____ N° _____ Fone _____
Endereço _____ Cidade _____ UF _____
Bairro _____
Versão _____

Assinatura Hora

14- ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
RG N° _____ N° _____ Fone _____
Endereço _____ Cidade _____ UF _____
Bairro _____
Versão _____

Assinatura Hora

15- SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RG N° _____ Órgão Exp. _____
Endereço _____ N° _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16- IMAGENS / FOTOS: ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AIT N° _____ Cód/DESD _____

17- OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

Informo que o condutor do V-2 foi conduzido ao Hospital de Polícia Militar pelo SAMU após o atendimento no local. O condutor foi encaminhado para o Hospital de Polícia Militar e o veículo foi encaminhado para o Depósito de Veículos da Polícia Militar. O condutor foi encaminhado para o Hospital de Polícia Militar e o veículo foi encaminhado para o Depósito de Veículos da Polícia Militar.

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SEÇÃO DE TRÂFEGO
AUTENTICAÇÃO
Natal/RN, 25/12/2015
199.973-8

Nome Completo do Agente Barbosa B. de M. Barbosa
POSTO/GRAD. 2º Sgt. PM N° 93.314 Viatura DRG-149 Subunidade 1-2PRE
Local e Data Rancho do Sol/RN 13 de Junho de 2015
Assinatura do Agente de Trânsito





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

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

Natal/RN, 15 de Janeiro de 2015 .

BOAT nº: 86243

Data: 13.01.2015

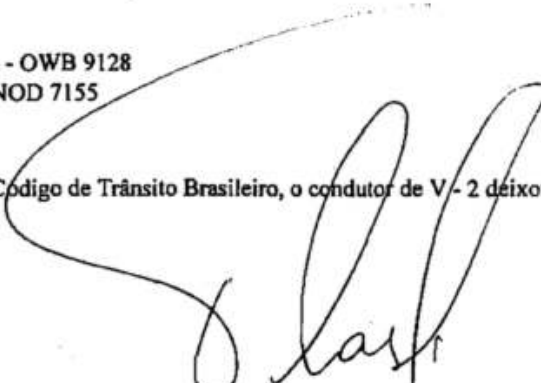
Local: Av. Abel Cabral - Nova Parnamirim - Parnamirim/RN

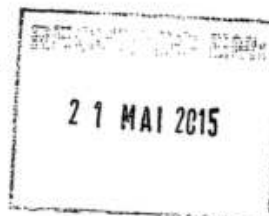
Veículos envolvidos:

(V-1) RENAULT/ DUSTER - OWB 9128

(V-2) HONDA/ CG 125 - NOD 7155

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor de V - 2 deixou de observar o que preceitua o artigo 28.

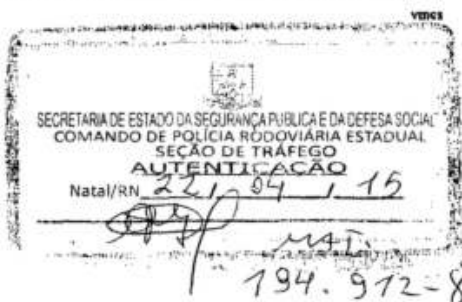

Tony Swamarn Vale Castro Cap. QOPM
Mat. 170.077-4
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO



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

Número da ocorrência: 276818 Data/hora registro: 15/01/2015 11:26:38
Número de controle: 61309135767347979875

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





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENI



T

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, William de Araujo Pereira
 PORTADOR(A) DO RG Nº 02480090 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 05/08/11 E
 CPF 098058474-46 /CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO Receita de
 E RENDA MENSAL DE R\$ ~ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA William de Araujo Pereira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nª da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0034 Nª da CONTA (com dígito, se existir) 54686-8

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

Fortaleza, 26 de março de 2015 William de Araujo Pereira
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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



