



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
81495 519	28/04/2022 08:58	<u>Petição</u>	Petição
81495 522	28/04/2022 08:58	<u>2795293_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_04</u>	Petição
81495 528	28/04/2022 08:58	<u>2795293_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02</u>	Outros documentos
81496 280	28/04/2022 08:58	<u>2795293_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_03</u>	Outros documentos

Juntada de petição.



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 28/04/2022 08:58:36
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22042808583665600000077483851>
Número do documento: 22042808583665600000077483851

Num. 81495519 - Pág. 1



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

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 28/04/2022 08:58:37
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22042808583698900000077483854>
Número do documento: 22042808583698900000077483854

Num. 81495522 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 28/04/2022 08:58:37
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22042808583724800000077483860>
Número do documento: 22042808583724800000077483860

Num. 81495528 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150624198 **Cidade:** Natal
Vítima: WILLIAM DE ARAUJO PEREIRA **Data do acidente:** 13/01/2015
Natureza: Invalidez Permanente
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





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: Willian de França Pereira

IDADE: 23 anos COR: M ESTADO CIVIL:

NATURALIDADE: PROFISSÃO: PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Praia Grande ABC 24 BAIRRO: Felipe Lamas

CIDADE: Motel, RN DATA: 13.03.15 HORA: 11:25hrs

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 °C RESPIRAÇÃO 18 PULSO 100 T.A. 100x70

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Susp. de Senn. Estava deitado no chão. Com dor no abdômen. SS. - Susp. a Fratura na M5 P.

EXAME FÍSICO

CAPEMISA
09 ABR 2015

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL





Somar
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 França Pereira*

IDADE: *23 anos* COR: *Clara* SEXO: *M* ESTADO CIVIL: *Solteiro*

NATURALIDADE: *Brasília* PROFISSÃO: *Funcionário* PROCEDÊNCIA: *Brasília*
ENDEREÇO: *Av. Presidente Vargas, 1234* BAIRRO: *Brasília*
CIDADE: *Brasília* DATA: *13.03.15* HORA: *11:25 hs*

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. *98.2* RESPIRAÇÃO *18* PULSO *100* T.A. *102/70*

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Suspeito de ferimento de arma de fogo. Foi levado para o hospital. Com lesões na mão esquerda. Suspeito de fratura na mão direita.

EXAME FÍSICO

CAPEMISA

09 ABR 2015

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura na mão direita



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	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Onco</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
HORA _____ HS		
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA _____ / _____ / _____	HORA _____	
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ENTREGUE	À 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	CLÍNICA CIRÚRGICA	CLÍNICA MÉDICA	CLÍNICA PEDIÁTRICA
-----------	-------------------	----------------	--------------------

ENFERMARIA N° LEITO PRONTUÁRIO
13/01/2015 20:41 136868

DATA HORA CATEGORIA GH

PACIENTE WILLIAM DE ARAUJO PEREIRA DATA DE NASCIMENTO
17/11/1991

ESTADO CIVIL PROFISSÃO

ENDEREÇO (RUA, N°)
RUA GRANJA ABC, N° 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

CAPEMISA

09 ABR 2015

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO ALTA ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

FT Férme D
realizado
trato esanulas
c-cirro

Carlos Maia
Cirurgia do Orto
CAPEMISA - TET 125-0

2022-04-09 10:21:11





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: William de Araújo Pereira Idade: 23 D/N: 17/11/1991
 Pront. 1646 Município: Natal Procedência: Interno Externo
 Data da cirurgia: 13/04/15 Hora Admissão: Bloco: 2 Sala: 15 Hora Saída: _____ Peso: 60 kg
 Alergias: Não Sim Comorbidades: H/S DM Outras _____
 Uso de medicações: Não Sim Jejum: Não Sim
 SSVV Admissão: PA: mmHg P脉: 79 bpm Fl: rpm FC: rpm SpO₂: 100 % T: °C

enfermeiro(a): Fernanda Instrumentado (a): Reta Circulante: Fernanda

Cirurgia: Intervenção com troca de ferundo Especialidade: ortopedia Sala: OP
 Hora Início: _____ Hora Término: _____ Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência Limpa Contaminada Infectada
 1º Cirurgião: Carlos Moraes Aux: Josévaldo Residente: _____

Anestesia: Local Sedação Geral TOT: 1 Blc: queio Raquidiana Ag. nº: _____ Peridural c/cateter s/cateter
 Ag. nº: _____ Cateter nº: 1 Início: 17/04/15 Garrote: Smarch Pneumático Início: _____ Término: _____
 Anestesiologista: Carlos Chaves

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnografia
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fistula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. N.
<input type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Difusor
<input checked="" type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfigmico	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Eletrofibrilação
<input type="checkbox"/> t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	<input checked="" type="checkbox"/> CAPEMISA
<input type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	<input checked="" type="checkbox"/> 09 ABR 2015
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC	98	99	97.5	Bpm
Pulso	97	95	109	Bpm
Oximetria	99	93	92	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	100x80	140x90	120x75	mmHg

ACESSO VENOSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Arterial	
<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Venosa Periférica	
<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Venosa Central	
Dissecção venosa	
Local: <u>M65</u>	
Cateter: <u>selco</u>	

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG nº	
Retorno:	
SVF nº	SVA nº
Diurese:	
Profissional responsável:	

EXAMES SOLICITADOS:	
<input checked="" type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input checked="" type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input checked="" 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	Anatômico
<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> PESCOÇO	Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	Fletidos
<input checked="" type="checkbox"/> Litotômica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	MMII
Trendlemburg		Anatômico
Canivete		Abduzido
Proclive		Fletido

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Metal	
<input type="checkbox"/> Descartável	
Local:	
DEGERMAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Local: <u>MTD</u>	
Solução: <u>Clorhexidina</u>	
Local:	
TRICOTOMIA	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC:	Parafuso - tipo
Placa - tipo:	
Outros:	<u>Tricôdio c/ fio de 5. n.º 3,5</u>
ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica:	<u>Rufim</u>
Quant. Material:	
Val.: <u>19/04/15</u>	Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: William de Andrade Pereira Idade: 23 D/N: 17/11/1991
 Pront. 1646 Município: Natal Procedência: Interno Externo
 Data da cirurgia: 13/04/15 Hora Admissão: Bloco: 2 : 15 Sala: Hora Saída: Peso: 60 kg
 Alergias: Não Sim Comorbidades: H/S DM Outras _____
 Uso de medicações: Não Sim Jejum: Não Sim
 SSVV Admissão: PA: mmHg P脉: 79 bpm Fl: rpm FC: rpm SpO₂: 100 % T: °C

enfermeiro(a): Fernanda Instrumentado (a): Reta Circulante: Fernanda

Cirurgia: Intervenção com troca de ferundo Especialidade: ortopedia Sala: OP
 Hora Início: Hora Término: Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência Limpa Contaminada Infectada
 1º Cirurgião: Carlos Moraes Aux: Josévaldo Residente:

Anestesia: Local Sedação Geral TOT: Bloqueio Raquidiana Ag.nº: Peridural c/cateter s/cateter
 Ag.nº: Cateter nº: Início: 17/04/2015 Garrote: Smarch Pneumático Início: Término:
 Anestesiologista: Carlos Chaves

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jejico	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input checked="" type="checkbox"/>	Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input checked="" type="checkbox"/>	Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnografia
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fistula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input checked="" type="checkbox"/>	Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. N.
<input checked="" type="checkbox"/>	Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Dífrusor
<input checked="" type="checkbox"/>	Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/>	Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfigmico	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Eletrofibrilação
<input checked="" type="checkbox"/>	t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	<input checked="" type="checkbox"/> CAPEMISA
<input checked="" type="checkbox"/>	Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	<input checked="" type="checkbox"/> 09 ABR 2015
<input checked="" type="checkbox"/>	Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input checked="" type="checkbox"/>	Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input checked="" type="checkbox"/>	Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC	98	99	97.5	Bpm
Pulso	97	95	109	Bpm
Oximetria	99	93	92	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	100x80	140x90	120x75	mmHg

ACESSO VENOSO	
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Central
<input checked="" type="checkbox"/>	Dissecção venosa
Local:	<u>M65</u>
Cateter:	<u>selco</u>

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG nº	
Retorno:	

CATETERISMO VESICAL	
SVF nº	SVA nº
Diurese:	

Profissional responsável:	
<input checked="" type="checkbox"/>	

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

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômico
<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> PESCOÇO	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> TÓRAX	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos
<input checked="" type="checkbox"/> Litotômica	<input checked="" type="checkbox"/> LOMBAR	<input checked="" type="checkbox"/> MMII
<input checked="" type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômico
<input checked="" type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzido
<input checked="" type="checkbox"/> Proclive		<input checked="" type="checkbox"/> Fletido

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
<input checked="" type="checkbox"/> Metal	<input checked="" type="checkbox"/> Descartável

Local: MTD Solução: Clorhexidina local:

DEGERMAÇÃO **TRICOTOMIA**
 Sim Não Sim Não

Local: MTD Solução: Clorhexidina local:

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos: _____

Tela: _____

Cateter: _____

Ostomia: _____

Fio de KC: _____ Parafuso - tipo: _____

Placa - tipo: _____

Outros: Troca de c/p de 5. n.º 3,5

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: Rufim Quant. Material: _____

Val.: 19/04/15 Contagem de gaze e compressa: Não





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Hemoconcentrado _____ Unid. Plasma _____ Unid. Plaquetas _____ Unid.
 Albumina _____ Unid. Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: _____ h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____ h: _____

Soro Fisiológico: 500 ml Soro Ringer Simples: _____ ml Quantidade total de v. _____
 Soro Glicosado: _____ ml Soro Ringer Lactato: _____ ml administrado: _____

ANÁTOMO PATOLÓGICO

Não Sim Peça: Peça para sepultamento: Não Sim
Swab para cultura: Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: limpo c/exsudato Contaminada Aparelho gessado Bandagens Tala Outros: Fracou

INTERCORRÊNCIAS: Colocadis fraca com friso de Steinmann
by 51 ferula c/ 5kg de fraco. Segue P/SRFA
Dr. Orthopedista - gesso auxiliar - Dr. Chico Mora

Ass: Fernando D. Coren 64386

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: Consciente Inconsciente Narcose Coma Vigil Agitado

Respiratório: Intubado Extubado Cânula de Guedel O₂ ambiente Curativo: Oclusivo Compressivo Banda de colostomia Outro: _____

Diurese: Espontânea Normal Hematuria Irrigação Vesical Oligúrico Destino após a cirurgia: ERD

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

Hora: 17:00 Data: 13/04/15 Nível de consciência: Acordado Sonolento Narcose Orientado

Desorientado Agitado Choro Vias aéreas: Intubado Extubado Cânula de Guedel Cateter G₂ N₂O₂ A₁N₁

Mobilização MMII: Normal Diminuída Sem mobilidade Mobilização MMSS: Normal Diminuída Sem mobil.

Venóclise: Não Sim Tipo: YK00 Local: NSR Sondas: Gástrica Enteral Vesical

Drenos: Succión Torácico Penrose Kherr Ostomias: Sim Não Especifique: _____

Irrigação vesical contínua: Retorno satisfatório Retorno Insuficiente Coágulos

Curativo: Oclusivo Descoberto Limpo Sujo Monitorização: ECG Oxímetro IPA fracôs em MID

INTERCORRÊNCIAS NA URPA: Náuseas Vômitos Sangramento Dor Bexigoma Alteração PA Alteração

Relate: _____

SINAIS VITAIS

Hora	T/C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	/	72	/	/	100	/
30'	/	69	/	/	100	/
60'						
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml

Soro Fisiológico: _____ ml

Ringer: _____ ml

Irrigação vesical contínua: _____ ml

CAPEMISA
09 ABR 2015

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gástr.	Drenagem	Retorno da irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Presente edema tóxico no braço referindo dor
lúpus em MID. Administração tópica 50mg por via venosa de
Penicilina 14.300 U. Técnica Rústica corrigida 500.227. Recomendado
a clínica ortopédica.

Ass: Fernanda Coren 64386



**PRESCRIÇÃO MÉDICA- TRAUMATOLOGIA**

LEITO 35

PACIENTE: WILLIAN DE ARAUJO PEREIRA

DATA: 08.02.2015

IDADE:

1	DIETA LIVRE	12	18	24	06
2	TRAMAL 50 1 COPM VO DE 6/6 H	06			
3	CLEXANE 40 MG SC 1 AMP 1 X AO DIA		18	24	06
4	DIPIRONA 1AMP + ABD 6/6 H			14	22
5	SSVV				06
6	KEFAZOL 1G + ABD EV 8/8HS				
7					
8	Rogério Santos Ortopedia e Traumatologia CRM/PE 1226 SBOT 197				
9					
10					

EVOLUÇÃO MÉDICA
DIAGNÓSTICO

QUEIXAS

NEUROVASCULAR EM MEMBRO AFETADO: () SEM ANORMALIDADES OBS:

PRESENÇA DE FERIDA () NAU () SIM ASPECTO:

IMOBILIZAÇÃO: QUAL?

TROCAR? SIM () NÃO ()

SOLICITO RADIOGRAFIA:

SOLICITO OUTROS EXAMES:





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 86243

1 - LOCAL E DATA

Local Avenida Abel Braga Bairro Natal - Pernambuçu
Cidade/UF Ribeirão Preto - SP P. Ref. Residencial nº 06
Data 13/10/2015 Hora do acidente 10:00h Hora do registro 11:30h Dia da semana Terceira - Feira



2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi OWB-9126 Cidade Ribeirão Preto UF SP
Marca/Mod. Renault Duster 2.0 Cor Branca Ano 2013 P. Ref. 2014
Proprietário Alceu dos Reis da F. G. de Oliveira N.º de Ocupantes —
Condutor Alceu dos Reis da F. G. de Oliveira Data de Nasc. 18/11/77
Endereço Rua Joaquim - Cond. Galante 10 Sempre N.º 205 Fone 8855-1010
Bairro BL 1 - ET 1A - 1200 - C. Vila Cidade Ribeirão Preto UF SP
CPF N.º 008.724-094-73 CNH N.º 01138825330 Validade 20/10/2015 Categoria B
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N.º _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi NOV-7155 Cidade Ribeirão Preto UF SP
Marca/Mod. Honda Civic 1.6 16V Cor Preto Ano 2012 P. Ref. 2013
Proprietário Edson Melo N.º de Ocupantes 01
Condutor William da Paixão Pereira Data de Nasc. 17/11/91
Endereço Tristeza, Gravataí - RS N.º 24 Fone 3005-3753
Bairro Tristeza, Gravataí - RS Cidade Gravataí UF RS
CPF N.º 098.058.474-46 CNH N.º 0583659913 Validade 26/11/2017 Categoria A
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N.º _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

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

6 - VEÍCULO 04:

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

194.972-8



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 28/04/2022 08:58:37

<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22042808583765300000077483862>

Número do documento: 22042808583765300000077483862

Num. 81496280 - Pág. 4

7. VERSÕES DOS CONDUTORES

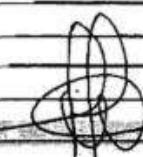
SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. Abel Cabral

Em que sentido? Br-101 / Cidade Verde

Em que faixa? Este/ Oeste

Versão do condutor

O condutor alega que seu veículo estava estacionado entre a Rua 101 e a Rua 45 sua viagem para o interior que seu destino era a Cidade Verde em seu veículo que segundo seu nome é o V-1 que o condutor da U-2 veio pedir os Cabelos

Assinatura do Condutor do V1 

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

Em que sentido? Br-101 / Cidade Verde

Em que faixa? Oeste

Versão do condutor

O condutor da alega que veio transitando normalmente na Rua 101 quando foi surpreendido por outro veículo a U-2 que veio de V-1 que este estava estacionado na Rua.

Assinatura do Condutor do V2 

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

29 MAI 2015

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

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

**SEÇÃO DE TRAFEGO
AUTENTICAÇÃO**

Natal/RN 82/99-115

Assinatura do Condutor do V4

194.912-8



86243

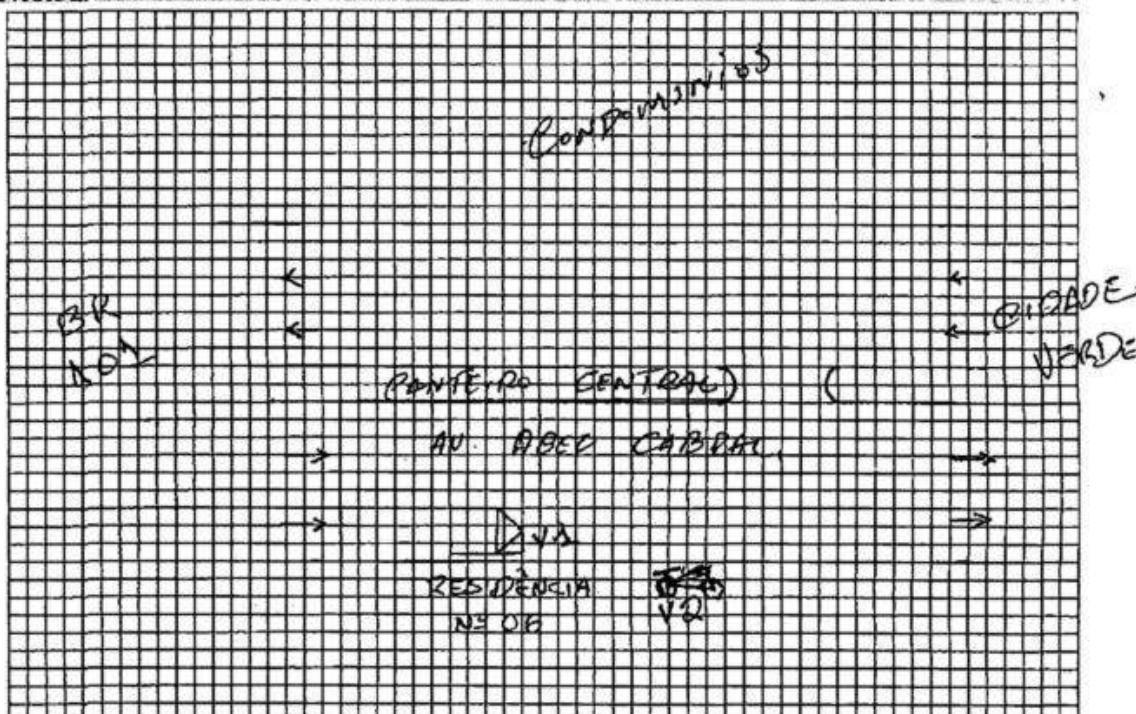
8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./Pista
<input type="checkbox"/> Amanhecer	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva
<input type="checkbox"/> Anoitecer	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Ingreme
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente			<input type="checkbox"/> Declive Suave
			<input type="checkbox"/> Lombada
			<input type="checkbox"/> Cruzamento
			<input type="checkbox"/> Rotatória
			<input type="checkbox"/> Retorno
			<input type="checkbox"/> Entroncamento
			<input type="checkbox"/> Bifurcação

Cond./Pista	Sinalização
<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. ____ KM/H
<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

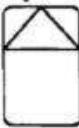
-  ÁRVORE
-  VESTÍGIOS
-  SEMÁFORO
-  PEDESTRE
-  BICICLETA OU MOTO
-  CARRO DE PEQUENO PORTO
-  CAMINHÃO OU ÔNIBUS
-  CARRETA



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 N° 8928

Freio traseiro desligado, bateria esfria, bateria frontal desligada, ignição



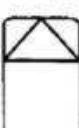
1 MAI 2015

AVARIAS DO VEÍCULO 2 N° 7155

Freio traseiro desligado, bateria esfria, ignição desligada, bateria frontal desligada, freio frontal



AVARIAS DO VEÍCULO 3



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

Natura/RN 22/04/15

AVARIAS DO VEÍCULO 4



194.912-8

1) <input checked="" type="checkbox"/> Vítima, condutor de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	<input type="checkbox"/> Pedestre	<input checked="" type="checkbox"/> Testemunha
Passageiro de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	Condutor para: <u>Hospital Joaózinho Nanay</u>	Presentou: <input checked="" type="checkbox"/> Fato <input type="checkbox"/> Registro
Nome <u>N. Ilêam da amoreira Ferreira</u>	Órgão Expedidor <u>IEP-FN</u>	Data de Nascimento <u>28/11/91</u>
N.º <u>193.058.44-46</u>	N.º <u>24</u>	Fone _____
Endereço <u>Travessa Cimango ABC</u>	Cidade <u>Natal</u>	UF <u>RN</u>
Bairro <u>Felipe Camarim</u>		
Versão		

Assintura **Hora**

12- <input type="checkbox"/> Vítima: condutor de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> Testemunha
Passageiro de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	Condutor para: _____	Presenciou: <input type="checkbox"/> Fato <input type="checkbox"/> Registro
Nome _____	Órgão Expedidor _____	Data de Nascimento _____ / _____ / _____
RG N° _____	Nº _____	Fone _____
Endereço _____	Cidade _____	UF _____
Bairro _____		
Versão _____		

Assinatura _____ **Hora** _____

13 - <input type="checkbox"/> Vítima: condutor de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> Testemunha
Passageiro de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	Condutor para:	Presenciou: <input type="checkbox"/> Fato <input type="checkbox"/> Registro
Nome _____		
RG N° _____	Órgão Expedidor _____	Data de Nascimento _____ / _____ / _____
Endereço _____	N° _____	Fone _____
Bairro _____	Cidade _____	UF _____
Versão _____		

Assintura **Horas**

14 - <input type="checkbox"/> Vítima: condutor de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> Testemunha
Passageiro de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	Condutor de para:	Presente: <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Registro
Nome _____		
RG Nº _____	Órgão Expedidor _____	Data de Nascimento _____ / _____ / _____
Endereço _____	Nº _____	Fone _____
Bairro _____	Cidade _____	UF _____
Verão _____		

VOLUME 795

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO		UF	Marca/Modelo
Placa	Cidade	RG N°	Órgão Exp.
Nome			N°
Endereço			
Bairro	Cidade		Fone

16. IMAGENS / FOTOS □ SIM □ NÃO — AUTUAÇÃO □ SIM □ NÃO — ALT.N. CÓD/DESP.

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

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

~~SECRETARIA DE EDUCAÇÃO ESTADUAL~~
~~SECRETARIA DE TRABALHO~~
~~AUTENTICAÇÃO~~

~~Initial RN 22/07/15~~

1970-1971

194.973

100% 80% 60% 40% 20% 0% 100% 80% 60% 40% 20% 0%

M2PDE

—

Assinatura do Agente de Trânsito

Nome Completo do Agente: Leomilto B. da M. Barbosa
POSTO/GRAD.: 2º Sgt. PM Nº 93.317 Viatura 7RG-149 Subunid.: 1º GPRF
Local e Data: Porto Alegre - RS - 13 de Setembro de 2015

John 1:1-18





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: cpresestorafego@hotmail.com

Natal/RN, 15 de Janeiro de 2015.

BOAT nº: 86243

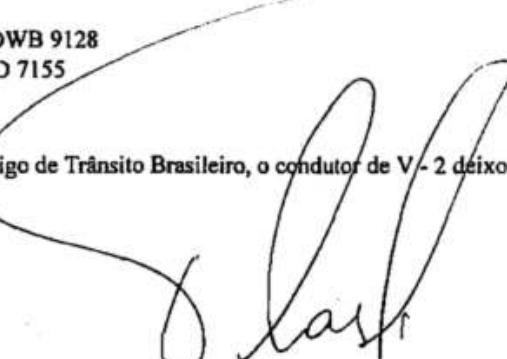
Data: 13.01.2015

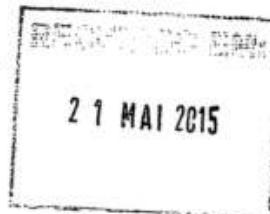
Local: Av. Abel Cabral - Nova Parnamirim - Parnamirim/RN

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 do boletim.

Número da ocorrência: 276818 Data/hora registro: 13/01/2015 11:26:58
Número de controle: 61309155767347979875

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





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



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 0024800290 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 05/08/11 ECPF 0980058474-46 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Recepcionista

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 aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, MÉ (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.

CAPEMISA:

09 ABR 2015

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0034 Nº 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
LOCAL E DATA

William de Araujo Pereira
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.



REVISTA ECONOMICA FEDERAL

SAI 0000 75-101
OUVIDORIA MUNI 725 421
OUVIDORIA 0000 725 744

074-731970628-2

RECENT PUBLICATIONS

21 MAI 2015

12/MAR/2015

1000 H. L. Tamm

2017-12-10 00:33:33

THE BOSTONIAN

JJ: 17.1942-3
OCAL IDAHO: Pekham Library

DFPCs110 (st) 1000

Ward 113 (cont'd.)

WILLIAM MCKEE, JR., 1911-1912

226 56

19686-6

