



Número: **0800026-33.2019.8.20.5153**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **Juizado Especial Cível da Comarca de São José do Campestre**

Última distribuição : **31/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 2.700,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIELLY COSTA CONFESSOR (AUTOR)	SEVERINO CARDOSO DE LIMA NETO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38596026	31/01/2019 11:49	Petição Inicial	Petição Inicial
38596219	31/01/2019 11:49	Procuração	Procuração
38596386	31/01/2019 11:49	Documentos Pessoais e Comprovante de Residência	Documento de Identificação
38596693	31/01/2019 11:49	Negativa da Seguradora	Outros documentos
38596747	31/01/2019 11:49	Boletim de ocorrência 01	Documento de Comprovação
38596768	31/01/2019 11:49	Boletim de Atendimento de Urgência	Documento de Comprovação
38596807	31/01/2019 11:49	Retificação de Boletim de ocorrência	Documento de Comprovação
38596829	31/01/2019 11:49	Guias de atendimentos 01 e 02	Documento de Comprovação
38596857	31/01/2019 11:49	Documentos do veículo	Outros documentos
38596884	31/01/2019 11:49	Declaração de Propriedade do Veículo	Outros documentos

Petição Inicial em anexo.

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

brasileira, Manielly Costa Campos portadora do RGº

CPF nº 09093483404 Telefone: 84-

998542592

residente

domiciliado na

Rua Frei Antônio nº 64, Centro

Município de

São José do Campestre

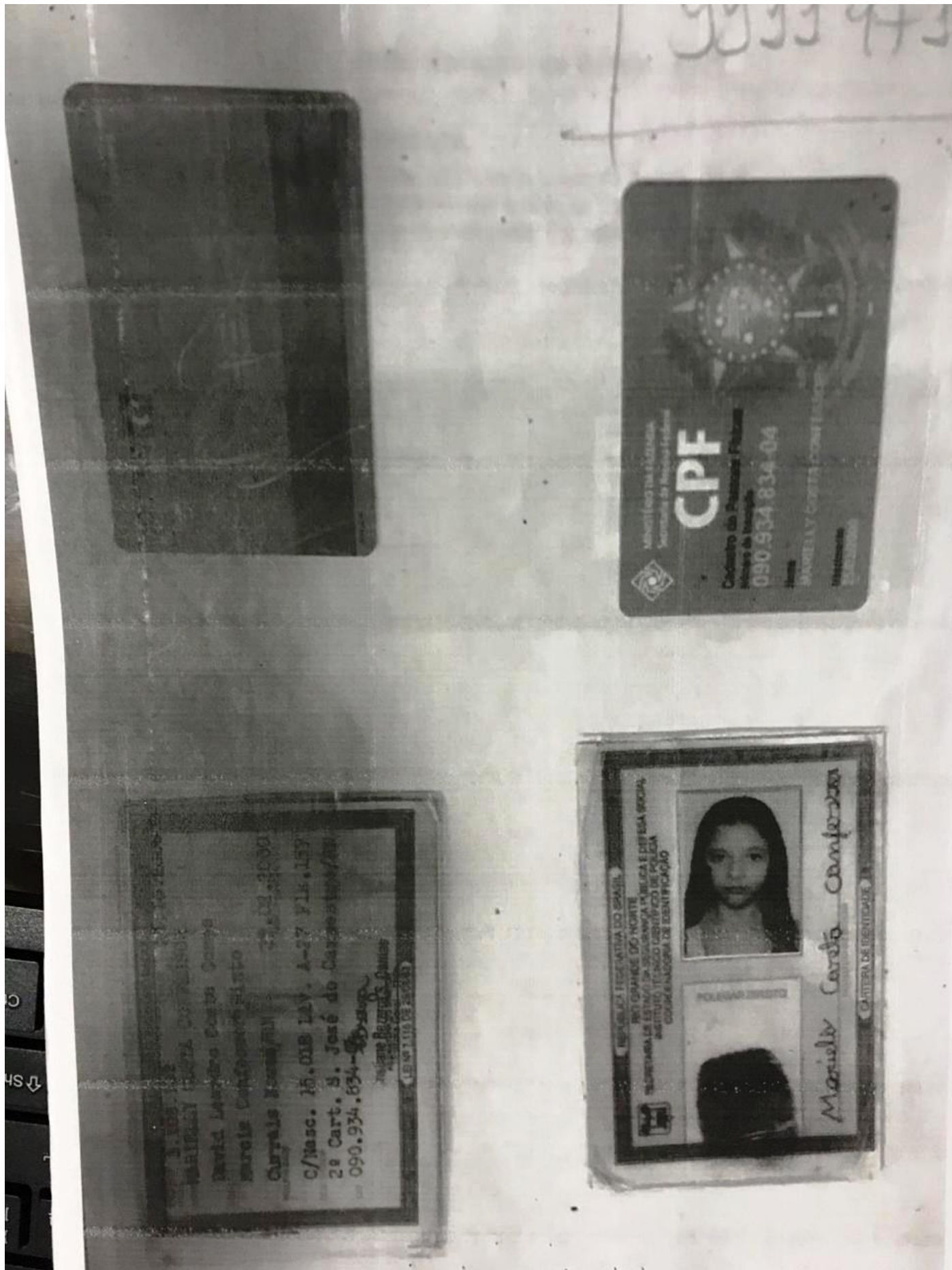
CEP: 59275-000

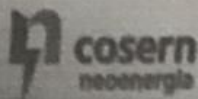
OUTORGADO: SEVERINO CARDOSO DE LIMA NETO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 15.299, com endereço profissional à Rua Maria Vicência, nº 44 – Centro, São José do Campestre/RN, CEP 59275-000.

PODERES: Confere ilimitados poderes para receber intimações o foro em geral, com a cláusula "ad judicium", a fim de que, possa realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive requerer falência e concordata, apresentar e ratificar queixas-crimes, propor quaisquer ações, defender-me(nos) nas que(me) (nos) forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, receber intimações e citações, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber e dar quitação, reconhecer a procedência do pedido, firmar compromissos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou reclamante(s) e defendendo-o(s), na Condição de reclamado(s), dando tudo por bom, firme e valioso.

São José do Campestre/RN, 30 de Dezembro de 2018.

X Manielly Costa Campos
OUTORGANTE





Força Central de Energia Elétrica (Força pública de energia elétrica)
Companhia Saneamento de São Paulo de Saneamento
Rua Santos, 100 - São Paulo, SP - CEP 05000-000
CNPJ nº 07.940.000/0001-61 (Insc. Est. 05000100-0) www.cosern.sp.gov.br

TIPO DE CONTRATO
MÚLTIPLO PERÍODO

INDICADOR DE UNIDADE COMERCIAL
MVA JANEIRO 2018

CPF: 000.000.000-00

CENTROPAULISTA
SÃO JOSE DO CAMPESTRE SP
14275-000

CONTRATANTE

CONTRATADA

CONTRATANTE	CONTRATADA
0181438018	03/2018
13/03/2018	04/04/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
142,87	

CONTRATANTE	CONTRATADA
0181438018	03/2018
13/03/2018	04/04/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
142,87	

CONTRATANTE	CONTRATADA	VALOR (R\$)
0181438018	03/2018	142,87
13/03/2018	04/04/2018	142,87
TOTAL A PAGAR (R\$)		142,87

CONTRATANTE	CONTRATADA	VALOR (R\$)
0181438018	03/2018	142,87
13/03/2018	04/04/2018	142,87
TOTAL A PAGAR (R\$)		142,87

CONTRATANTE	CONTRATADA	VALOR (R\$)
0181438018	03/2018	142,87
13/03/2018	04/04/2018	142,87
TOTAL A PAGAR (R\$)		142,87

CONTRATANTE	CONTRATADA	VALOR (R\$)
0181438018	03/2018	142,87
13/03/2018	04/04/2018	142,87
TOTAL A PAGAR (R\$)		142,87

CONTRATANTE	CONTRATADA	VALOR (R\$)
0181438018	03/2018	142,87
13/03/2018	04/04/2018	142,87
TOTAL A PAGAR (R\$)		142,87

CONTRATANTE	CONTRATADA	VALOR (R\$)
0181438018	03/2018	142,87
13/03/2018	04/04/2018	142,87
TOTAL A PAGAR (R\$)		142,87

CONTRATANTE	CONTRATADA	VALOR (R\$)
0181438018	03/2018	142,87
13/03/2018	04/04/2018	142,87
TOTAL A PAGAR (R\$)		142,87

CONTRATANTE	CONTRATADA	VALOR (R\$)
0181438018	03/2018	142,87
13/03/2018	04/04/2018	142,87
TOTAL A PAGAR (R\$)		142,87

CONTRATANTE	CONTRATADA	VALOR (R\$)
0181438018	03/2018	142,87
13/03/2018	04/04/2018	142,87
TOTAL A PAGAR (R\$)		142,87

CONTRATANTE	CONTRATADA	VALOR (R\$)
0181438018	03/2018	142,87
13/03/2018	04/04/2018	142,87
TOTAL A PAGAR (R\$)		142,87

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIELLY COSTA CONFESSOR**

Nº Sinistro: **3180236752**
Vítima: **MARIELLY COSTA CONFESSOR**
Data do Acidente: **08/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180236752**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13632375

Pag. 01067/01068 - carta_16 - INVALIDEZ





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 046009

1 - LOCAL E DATA

Local RN 095 Bairro BOA LURAL
Cidade/UF CAPOEIRAS P. Ref. 51710 9MB 2520
Data 08/07/2008 Hora do acidente 00:40 Hora do registro 01:30 Dia da semana DOM-VEG

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi KEL-9758 Cidade SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE UF RN
Marca/Mod. FATON MILIT Car. BRANCA Ano 2004 2005
Proprietário MAURICIO BERNARDINO PINTO N° de Ocupantes _____
Condutor DANIEL FELIPE DE DEUS Data de Nasc. 1/1
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro CENTRO Cidade SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE UF RN
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade 1/1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MNF-4625 Cidade SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE UF RN
Marca/Mod. FATON MILIT Car. CINZA Ano 2003 2002
Proprietário SOUZA ROGERIO BERNARDO PONTES N° de Ocupantes _____
Condutor OSME PEREIRA Data de Nasc. 1/1
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade 1/1 Categoria _____
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. 1/1
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade 1/1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Cidade _____

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, dou fé.
Distrito em Nova Cruz - RN, em 09/07/2018.
Assinatura/Posto/Matrícula ALB1 - 507M 201920-5

Polícia Militar do Rio Grande do Norte
5º Distrito da Polícia Rodoviária Estadual
R. Assis Chateaubriand, 410 - S. Sebastião
Nova Cruz/RN
Tel. (84) 3281-5887 - 3381-2118
E-mail: drcp@pml.rn.gov.br

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. 1/1
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade 1/1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Pólice Militar do Rio Grande do Norte
5º Distrito de Polícia Rodoviária Estadual
R. Assis Chateaubriand, 4111 - S. Sebastião
Nova Cruz/RN
Tel. (84) 3234-5887 / 3234-3118
E-mail: dprc5@brasil.gov.br

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado, dou fé.

Distrito em Nova Cruz-RN 09/07/2018

[Assinatura] = 50 PM 201920-5

Assinatura/Posto/Matrícula

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

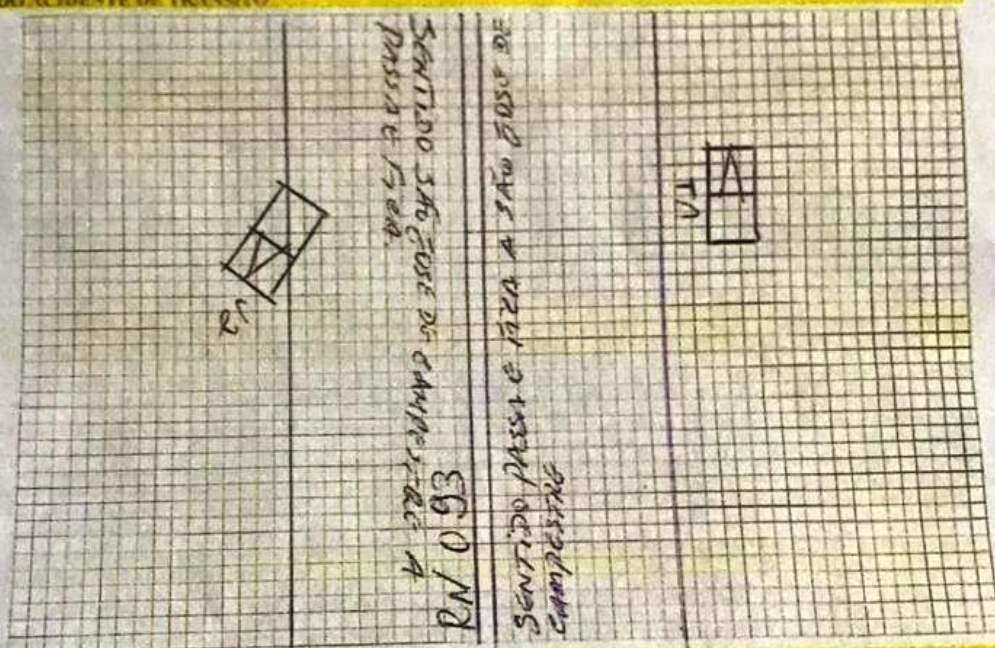
Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo de Placa	Corneta/ Plota	Cond. Plota	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amarelado	<input type="checkbox"/> Baixo	<input checked="" type="checkbox"/> Anódio	<input type="checkbox"/> Baixa	<input type="checkbox"/> Sólida	<input type="checkbox"/> Turbidez
<input type="checkbox"/> Pico Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Parafotopigmento	<input type="checkbox"/> Curva	<input checked="" type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> De Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Amarelado	<input checked="" type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Emulsão	<input type="checkbox"/> Anódio Imprensado	<input type="checkbox"/> Enxofrada	<input type="checkbox"/> De Sinalizadora
<input type="checkbox"/> Noite e fluminação	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Trazido	<input type="checkbox"/> Anódio Suave	<input type="checkbox"/> Pó de Óleo	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input checked="" type="checkbox"/> Noite e iluminação	<input type="checkbox"/> Distúria	<input type="checkbox"/> Tinta	<input type="checkbox"/> Duro e Imprensado	<input type="checkbox"/> Quente	<input checked="" type="checkbox"/> Lâmb. <i>De Placa e Cartão</i>
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Distúria	<input checked="" type="checkbox"/> Decolagem Suave	<input type="checkbox"/> Enxofrada	<input type="checkbox"/> Placato
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Vin. Claro	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Comprimido	<input type="checkbox"/> Cam. Bateria	<input type="checkbox"/> Vol. Máx. Peris. NSM
			<input type="checkbox"/> Bateria	<input type="checkbox"/> Cam. Óleo	
			<input type="checkbox"/> Retorno		
			<input type="checkbox"/> Cartão, Lâmina		
			<input type="checkbox"/> Iluminação		

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEICULO 1: TRAVA FRONTAL CAPÔ
FONTE DE ALIMENTAÇÃO CAPÔ DIREITO E ESQUER-
DO, PARACAMA DE FRENTE PARA DREITA
TRAVA PARACAMA DIREITO
CAPÔ DIREITO, ESQUERDO.



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2 = TELA FRONTAL, CAPÔ,
FAIXA DIANTEIRO LADO ESQUERDO, DIREITO,
20, PARETE QUE DIANTEIRO, PARETE
3A, TETO, PARETE DIANTEIRO
LADO DIREITO - ESQUERDO.



AVARIAS DO VEÍCULO 4

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, dou fé

Distrito em Nova Cruz-RN 09/07/2018

Assinatura/Posto/Matricula

Polícia Militar do Rio Grande do Norte
Distrito de Polícia Rodoviária Estadual
R. Assis Chateaubriand, 610 - S. Sebastião
Nova Cruz/RN
Tel. (84) 5280-5887 - 3261-3118
E-mail: dresca@hotmail.com

12 - Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 **Conduzido para:** _____
 Nome _____ Presença: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____
 Assinatura _____ Hora _____

13 - Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 **Conduzido para:** _____
 Nome _____ Presença: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____
 Assinatura _____ Hora _____

14 - Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 **Conduzido para:** _____
 Nome _____ Presença: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____
 Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO
 Placa _____ Cidade _____
 Nome _____
 Endereço _____
 Bairro _____
 Cidade _____
 Fone _____
 Cód/Desd _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☒ NÃO **AUTUAÇÃO** ☐ SIM ☒ NÃO **ATT Nº** _____ **CÓD/DESD** _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
 1) AO CHEGAR NO LOCAL DO AC, CONDUTORES DE V1 E V2 JÁ FIVAM SENDO ENCAMI-
 NHADO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL HOSSA JENADIA APARECIDA NA CIDADE DE JAZZ
 E FICA, ONDE O CONDUTOR DE V1 FOI LIBERADO E O CONDUTOR DE V2 FOI EN-
 CAMINHADO PARA O HOSPITAL CLAVES JARINO EM NATAL, FORAM ATENDIDA
 PELA MEDICA DE PLANTÃO MOCMA PIENATARD CRM RN-2364.
 2) NÃO FOI POSSIVEL COLHER AS DEVIDAS INFORMACOES DEVIDO NAO TER ENCONTRADO
 NENHUM DOS CONDUTORES ENVOLVIDOS NA OC.
 3) V1 FOI ENTREGUE A PESSOA DE TARCISIO AWEI DA COSTA, CPF=116359984-10,
 RG=000219123332-RN, V2 FOI ENTREGUE A PESSOA DE SEVERINO PEREIRO DE
 LIMA, CPF=065063574-12, CNH=05706926190, UM-03022012 CAT: A1
 Nome Completo do Agente DICINSON COSTA DOS SANTOS
 POSTO/GRAD: CB 741 PM Nº 97 747 Viatura 501 Subunidade 50 DP26

WALCIA CONFESSOR DINTO



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

Núcleo de Epidemiologia

SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA 07 Nº 5000

NOME: WALCIA CONFESSOR
IDADE: 25/04/1964 SEXO: FEM ESTADO CIVIL: Solteira
NATURALIDADE: Ceará, Brasil PROFISSÃO: Estimada
PROCEDÊNCIA: Centro
BAIRRO: Centro
DATA: 08/04/18 HORA: 05:18

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE SEM: ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALTA ALIMENTAÇÃO DE TRABALHO: SIM ☐ NÃO ☐

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

SCORE FINAL (SCORE DO TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

EXAME FÍSICO: Paciente consciente, orientada, com nível de consciência Glasgow 15. Frequência respiratória 18. Pressão arterial 120/80. Pulso 90. Temperatura 36,5. Sinais vitais estáveis. História de ingestão de cocaína há cerca de 5 horas, estando ela na zona de paragem. Paciente não possui histórico de ingestão de cocaína, com nível de consciência normal.

EXAME FÍSICO: Paciente consciente, orientada, com nível de consciência Glasgow 15. Frequência respiratória 18. Pressão arterial 120/80. Pulso 90. Temperatura 36,5. Sinais vitais estáveis. História de ingestão de cocaína há cerca de 5 horas, estando ela na zona de paragem. Paciente não possui histórico de ingestão de cocaína, com nível de consciência normal.

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP	PULSO
05:18	120/80	18	15	15	36,5	90

Assinado

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

BMF- 08-04-18

06:00

Trauma nasal após acidente de carro.

H.D. lesão tipo nasal

Lesão de fratura nasal

① H.D. de BMF

② Injeção populosa bolina

③ Acetolona 0,5 IV + AD 0,5

④ Fentanil 40,5 IV TAD 0,5

⑤

Rômulo

Ass. do Responsável

CRO-1852

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> EMENDADO LOCAL	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____
HORA _____	HORA _____	HORA _____
PARA _____	PARA _____	PARA _____
DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>	
HORA _____		
HORA _____		
A FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	LT.P. <input type="checkbox"/>
MÉDICO (Carimbo)	CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)	



PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____
Paciente: Marielly Costa e Sousa _____
Prontuário: _____

Motivo da Consulta:

Paciente vítima de colisão carro-carro, com queixa de sangramento nasal

Dr. Lúcia Tereza Medeiros
Médico
CRM nº 9492

Médico

9492
CRM

08 / 02 / 18
Data

Unidade e especialidade: BME _____
Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____
Paciente(a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia _____ / _____ / _____

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____
Paciente: _____ Prontuário: _____

(Assinatura do médico, resultado de exames, conduta e sugestões)

CONFERE COM ORIGINAL

[Assinatura]
Assinador

19/02/18

CID: _____

CRM

Data



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
5º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
Rua Assis Chateaubriand, 610 - Centro - Nova Cruz/RN - CEP: 59215-000
Fones: (84) 3281-5887 e 3281-3118 - E-mail: dpre5@hotmail.com

ADENDO - BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 046009

Certifico, em razão do meu ofício e atendendo a parte interessada, que no BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 046009, datado de 08/04/2018 (Colisão Frontal) em seu item 03 (Veículo 01), verifiquei que no registro da ocorrência foi transcrito erroneamente, sendo necessário fazer a seguinte observação:

Placa ou chassi: KJL-7958 e não KEL-9758 como foi transcrito. Informo ainda que o reside na Rua João Matias de Araújo S/N São Jose do Campestre - RN

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi	KEL-9758	Cidade	SÃO JOSE DO CAMPESTRE	UF	RN
Marca/Mod.	FATUNO MILLE	Cor	BRANCA	Ano	2004/2005
Proprietário	MARCELO CONCEIÇÃO PINTO	Nº de Ocupantes			
Condutor	DANIEL FELIPE DORTIRIO	Data de Nasc.			
Endereço		Nº		Fone	
Bairro	CENTRO	Cidade	SÃO JOSE DO CAMPESTRE	UF	RN
CPF Nº		CNH Nº		Validade	
Local de Trabalho				Fone	
End.		Nº		Bairro	
				Cidade	

Dou fé o referido é verdade aos 09 dias do mês de julho de 2018.

Dickson Costa dos Santos
Agente Autuador - Cb PM
Matrícula: 107.872-0

<p>Polícia Militar do Rio Grande do Norte 5º Distrito de Polícia Rodoviária Estadual R. Assis Chateaubriand, 610 - S. Sebastião Nova Cruz/RN Tel. (84) 3281-5887 - 3281-3118 E-mail: dpre5@hotmail.com</p>	<p>AUTENTICAÇÃO</p>
	<p>Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, dou fé.</p>
	<p>Distrito em Nova Cruz-RN 09/07/2018</p>
	<p> Assinatura/Posto/Matrícula</p>



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
5º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
Rua Assis Chateaubriand, 610 - Centro - Nova Cruz/RN - CEP: 59215-000
Fones: (84) 3281-5887 e 3281-3118 - E-mail: dpres5@hotmail.com

ADENDO - BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 046009

Certifico, em razão do meu ofício e atendendo a parte interessada, que no BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 046009, datado de 08/04/2018 (Colisão Frontal) em seu item 11 (Vítima passageiro de V1), verifiquei que no registro da ocorrência foi necessário fazer a seguinte observação:

Inserir como vítima passageiro de V1 a Sr.ª Marielly Costa Confessor.
RG Nº: 3.109.102
Órgão Expedidor: SSP/RN
CPF: 090.934.834.04
Endereço: Rua José Antônio nº64
Cidade: São José do Campestre - RN

11 -	<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	Conduzido para:	Presenciou: <input type="checkbox"/> Fato <input type="checkbox"/> Registro
Nome	Órgão Expedidor	Data de Nascimento	
RG Nº		Nº	Fone
Endereço	Cidade		UF
Bairro			
Versão			
Assinatura		Hora	

Informo ainda que os dados da Sr.ª Marielly Costa Confessor não foram transcritos no dia da ocorrência em virtude dos ferimentos sofridos pela mesma, que após atendimento emergencial no hospital de Passa e Fica-RN foi transferida para o Hospital da Cidade de São José do Campestre, posteriormente para Dioclécio Marques na cidade Parnamirim-RN.

Dou fé o referido é verdade aos 05 dias do mês de novembro de 2018.

Dikson Costa dos Santos
Agente Autuador - CB PM
Matrícula: 107.872-0



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE MARIA VICÊNCIA DE SOUZA

GAU

GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

PRIORIDADE: ☒ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

DATA: _____ HORA: 13:32 CARTÃO SUS: _____
NOME: SEVERINO CARDOSO DE LIMA NETO DN: 25/09/1960
IDADE: 57 ANOS SEXO: (X) FEM. () MASC. PROFIS: ENFERMEIRO
RG: 123456789 ESTADO CIVIL: _____
ENDEREÇO: RUA DA PAZ Nº _____
BAIRRO: CENTRO MUNICÍPIO: SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE
CEP: 55000-000 UF: RN TELEFONE: (0) _____

SINAIS VITAIS:

PA: 120 mmHg. Fr. CARD: 70 bpm. Fr. RESP: 18 imp. SpO2: 98%
PESO: 70 kg HGT: 170 cm
TEMP: 36.5 °C DOR: () 1 a 3 () 4 a 7 () 8 a 10 ECGlasgow: () < 8 () 9 a 13 () > 14

DADOS CLÍNICOS:

ACIDENTE DE CARRO
VITAS GONCALVES
EPITAXE

ALERGICO A ALGUMA MEDICAÇÃO:

Conduta médica:

1) AD Buser



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE MARIA VICÊNCIA DE SOUZA

GAU

GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 48

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

PRIORIDADE: ☒ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

DATA: 04/12/2017 HORA: 17:05 CARTÃO SUS: _____
NOME: SEVERINO CARDOSO DE LIMA NETO DN: 25102100
IDADE: 13 anos SEXO: ☒ FEM. ☐ MASC. PROFIS: Estudante
Mãe: Maria Conceição Pinto
RG: 3.094.182 ESTADO CIVIL: Solteira
ENDEREÇO: Rua Antônio Nº 64
BARRIO: _____ MUNICÍPIO: São José do Campestre
CEP: 58135-000 UF: RN TELFONE: () _____

SINAIS VITAIS:

P.A. X mmHg. F. CARD: _____ bpm. Fr. RESP: _____ imp. SpO₂: _____ %
PESO: _____ HGT: _____
TEMP: _____ RC. DOR: () 1 a 3 () 4 a 7 () 8 a 10 ECGlasgow: () < 8. () 9 a 13 () > 14

DADOS CLÍNICOS:

Lesão automobilística
Fratura do fêmur direito
12/12/17

ALERGICO À ALGUMA MEDICAÇÃO:

Conduta médica:

50,9% - 100% + TRATAMENTO
01 470 - EV. 12/12/17
50,9% - 100% +
TRATAMENTO 12/12/17 - EV.
12/12/17

Assinado eletronicamente
Município de São José do Campestre
CRAIO - 2009

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - RN 10807 // 00624 Nº 013252195843 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VA 1	COD. REGISTRO 00835820777	RALZG *****	EXERCÍCIO 2017
NOME MARCELO CARLOS NETO			
CPF / CNPJ 941.268.604-67		PLACA KJL7958	
PLACA ANT. / UP KJL7958/PE		CHASSI 99015801554612114	
ESPECIE TIPO PASSEIRO/AUTOMOTOR/OUTRO APLICÁVEL		COMUTIVEL CICLO/OUTRO	
MARCA / MODELO FIAT/UNO MILLE FIRE		ANO FAB. / ANO MOD. 2004 / 2005	
CAP. POT. / CL. 59/55CV		CATEGORIA PARTICULAR	
COTA ÚNICA R\$ 0.00		VENO. COTA ÚNICA 01/06/2017	
PAGA LIXA A 106427 3X		PARCELAMENTO / COTAS R\$ 67.27	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *** TAXAS DETRAN: PAGO ***		PRÊMIO TOTAL (R\$) 0.00	
DATA DE PAGAMENTO 01/06/2017			
OBSERVAÇÕES RODAR: 1799011461441115 PORTE OBRIGATORIO NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA			
SAC DPVAT 0800 022 1204			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS GERAIS PARA VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CAPACIDADE DE TRANSPORTAR PESSOAS E COISAS			
RN Nº 013252195843 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradorailder.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
VA 1	COD. REGISTRO 00835820777	RALZG *****	EXERCÍCIO 2017
CPF / CNPJ 941.268.604-67		PLACA KJL7958	
MARCA / MODELO FIAT/UNO MILLE FIRE		ANO FAB. / ANO MOD. 2004 / 2005	
CAP. POT. / CL. 59/55CV		CATEGORIA PARTICULAR	
COTA ÚNICA R\$ 0.00		VENO. COTA ÚNICA 01/06/2017	
PAGA LIXA A 106427 3X		PARCELAMENTO / COTAS R\$ 67.27	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *** TAXAS DETRAN: PAGO ***		PRÊMIO TOTAL (R\$) 0.00	
DATA DE PAGAMENTO 01/06/2017			
OBSERVAÇÕES RODAR: 1799011461441115 PORTE OBRIGATORIO NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA			
SAC DPVAT 0800 022 1204			

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marcelo Confessor Pinto

RG nº 1402052, data de expedição 14/05/1992

Órgão SSP/BA portador do CPF nº 941.268.604-87 com

domicílio na cidade de São João do Conde no Estado de

Rio Grande do Norte onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
das Matias nº _____

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Marielly Costa Confessor cujo o condutor era

Daniel Felipe Porfírio.

Veículo: FIAT/UNO MILLE FIRE

Modelo: UNO MILLE

Ano: 2004/2005

Placa: KRL 7958

Chassi: 88015202554612114

Data do Acidente: 02/04/2018

Local e Data: Logradouro IRW 02/04/2018

MARCELO CONFESSOR PINTO.

Assinatura do Declarante

Daniel Porfírio

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)