



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
<b>MARIELLY COSTA CONFESSOR (AUTOR)</b>	<b>SEVERINO CARDOSO DE LIMA NETO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38596 026	31/01/2019 11:49	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
38596 219	31/01/2019 11:49	<a href="#">Procuração</a>	Procuração
38596 386	31/01/2019 11:49	<a href="#">Documentos Pessoais e Comprovante de Residência</a>	Documento de Identificação
38596 693	31/01/2019 11:49	<a href="#">Negativa da Seguradora</a>	Outros documentos
38596 747	31/01/2019 11:49	<a href="#">Boletim de ocorrência 01</a>	Documento de Comprovação
38596 768	31/01/2019 11:49	<a href="#">Boletim de Atendimento de Urgência</a>	Documento de Comprovação
38596 807	31/01/2019 11:49	<a href="#">Retificação de Boletim de ocorrência</a>	Documento de Comprovação
38596 829	31/01/2019 11:49	<a href="#">Guias de atendimentos 01 e 02</a>	Documento de Comprovação
38596 857	31/01/2019 11:49	<a href="#">Documentos do veiculo</a>	Outros documentos
38596 884	31/01/2019 11:49	<a href="#">Declaração de Propriedade do Veiculo</a>	Outros documentos

Petição Inicial em anexo.

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

brasileira, Marielly Costa Leitão, Estudante, portadora do RGº

998547592, CPF nº 09093283404 Telefone: 84-

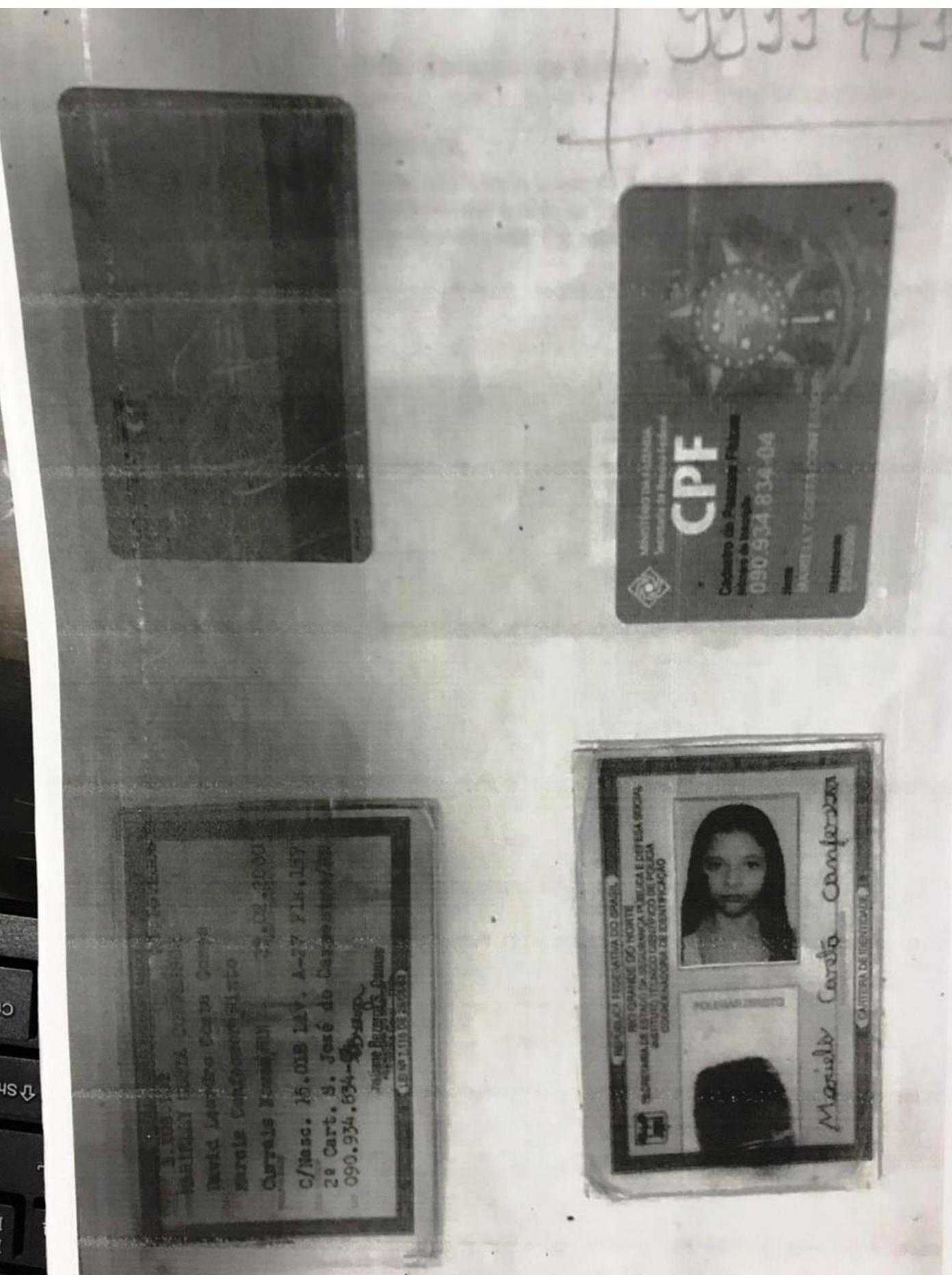
residente e domiciliado na  
Rua José de Almeida nº 64 Centro, Município de  
São José do Campestre, CEP: 59275-000

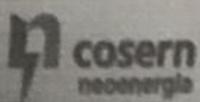
**OUTORGADO:** SEVERINO CARDOSO DE LIMA NETO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 15.299, com endereço profissional à Rua Maria Vicência, nº 44 – Centro, São José do Campestre/RN, CEP 59275-000.

**PODERES:** Confere ilimitados poderes para receber intimações o foro em geral, com a cláusula "ad judicia", 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 Marielly Costa Leitão  
OUTORGANTE





Revista Univali de Ciências Humanas | ISSN 2179-2180 | Ano 10 | Ed. 20 | 2019

第六章 人物小傳

CENTRO DE APOIO  
SAO JOSE DO CAMPESTRE/RN  
9427-000

Consumer Health  
Centers of Wyoming, Inc.  
Address: 1000 1/2 WY 300001743-0301176  
Phone: 307-733-2740 307-733-1743  
Fax: 307-733-2740 307-733-1743

ITEM/DESCRIPTION	PRICE/PC.	VAL/PC/100
720.000000	1,5000000	122.49 8.57 2.54 1.71 1.57 0.89

卷之三

2020 RELEASE UNDER E.O. 14176

142,87  
03850000001-8 42870036400-1 18143801820-1 00959117703-3

142,87  
03850000001-8 42870036400-1 18143801820-1 00959117703-3

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](http://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



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

**BOAT** 046009

## 1 - LOCALE DATA

Local RN 095 Bairro ZONA RURAL  
Cidade/UF LAGOA D'ARIA P. Ref. SITIO QMBR 0520  
Data 08/10/2008 Hora do acidente 00:40 Hora do registro 01:30 Dia da semana DOM-260

## 2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

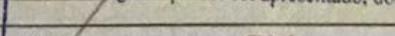
### 3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi K5L-9758 Cidade SÃO JOSÉ DO CAMPO UF SP  
 Marca/Mod. Fiat Siena mil Cor BRANCA Ano 2004 / 2005  
 Proprietário MAZEDO CONCESSOR PINTO Nº de Ocupantes 4  
 Condutor DANIEL FELIPE DE PURÍFICO Data de Nasc. 11/11/1980  
 Endereço --- Nº --- Fone ---  
 Bairro CENTRO Cidade SÃO JOSÉ DO CAMPO UF SP  
 CPF Nº --- CNH Nº --- Validade --- / --- Categoria ---  
 Local de Trabalho --- Fone ---  
 End. --- Nº --- Bairro --- Cidade ---

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi	MNF-4625	Cidade	SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE	UF	RN
Marca/Mod.	FIAT UNO MILLE	Cor	ESVERDE	Ano	2002 / 2002
Proprietário	EDUARDO RENANDO PONTES	Nº de Ocupantes			
Condutor	EDMÉ MONTEIRO	Data de Nasc.			/ /
Endereço		Nº	Fone		
Bairro			UF		
CPF N°	CNH N°	Validade	/	/	Categoria
Local de Trabalho		Fone			
End.	Nº	Bairro	Cidade		

**5 - VEÍCULO 03:**

Policia Militar do Rio Grande do Norte 5º Distrito de Polícia Rotativa Estadual R. Assis Chateaubriand, 610 - S. Sebastião Nova Cruz/RN Tel: (84) 3281-5887 - 3281-4118 E-mail: dprn5@pmrn.com.br	<b>AUTENTICAÇÃO</b>	
	Cidade _____ Cor _____	UF _____ Ano _____
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, dou fé.		N° de Ocupantes _____ Data de Nasc. _____ / _____ / _____ Fone _____
Distrito em Nova Cruz/RN CNH N° _____		Cidade _____ UF _____ Cidade _____
 Assinatura/Posto/Matrícula _____		Fone _____ Cidade _____

## 6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi	Cidade	UF
Marca/Mod.	Cor	Ano
Proprietário	Nº de Ocupantes	
Condutor	Data de Nasc.	
Endereço	Nº	Fone
Bairro	Cidade	UF
CPF Nº	CNH Nº	Validade
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

Policia Militar da Rio Grande do Norte  
5º Distrito de Polícia, Rosário do Sul  
R. Assis Chateaubriand, 010 - S. Sebastião  
Nova Cruz/RN  
Tel: (83) 3211-5187 / 3211-4318  
E-mail: dpc5@bol.com.br

## AUTENTICAÇÃO

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

Distrito em Nova Cruz-RN 07/07/2018

~~MARIA~~ = 50 PM 201920-5

Assinatura/Posto/Matrícula

### Assinatura do Condutor do V3

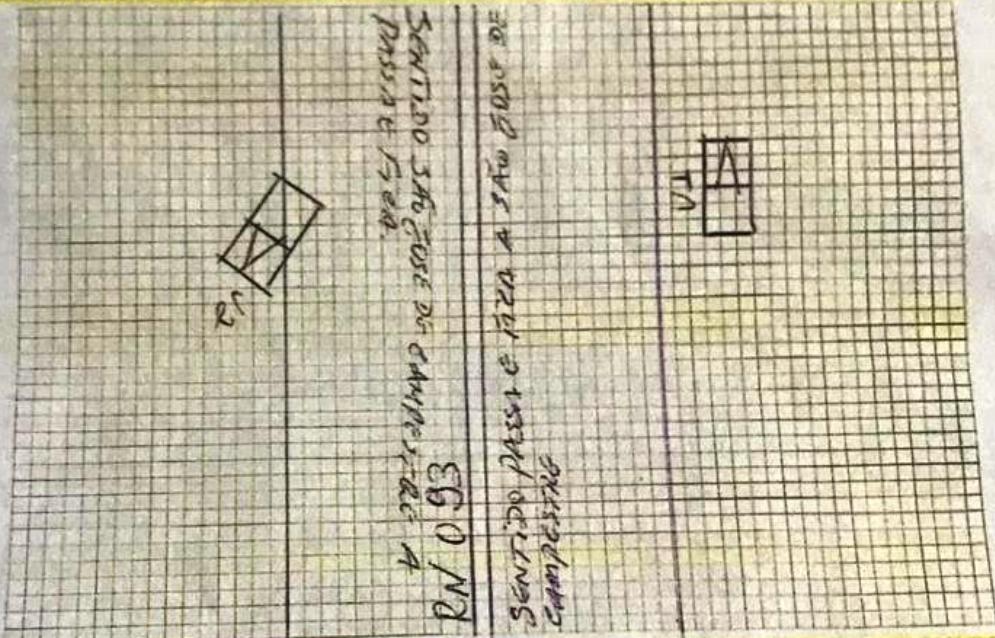
SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

## 2 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



18. MARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1: TETO FRONTAL, CAPÔ, PAINEL DE ANTRÁSICO LADO DIREITO E ESQUERDO, PARABRISAS DIANTEIRO, PARABRISAS TETO, PARABRISAS DIANTEIRO LADO DIREITO, ESQUERDO.



### AVARIAS DO VEÍCULO 3



Polícia Militar do Rio Grande do Norte  
Distrito de Pelegas Rodoviária Estadual  
Assis Chateaubriand, 6101 - S. Sebastião  
Natal - RN  
Tf. (84) 224-5887 - 224-6318  
E-mail: [polmernatal@bol.com.br](mailto:polmernatal@bol.com.br)

## AUTENTICAÇÃO

ANALOG PROCESSORS

Verifico que a presente cópia é a reprodução  
exata do original que me foi apresentado, dou fé

Distrito em Nova Cruz-RN 08/07/2018

### Distance from Nova Scotian

Assinatura/Posto/Matrícula

**Assinatura/Posto/Matrícula**

Nome _____	RG Nº _____	Endereço _____	Bairro _____	Versão _____	Órgão Expedidor _____	Data de Nascimento _____	Nº _____	Fone _____	UF _____	Presentes: <input type="checkbox"/> Pato <input type="checkbox"/> Registro
Assinatura _____					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 Passageiro de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4 <input type="checkbox"/> Condutor para: _____										Presentes: <input type="checkbox"/> Testemunha <input type="checkbox"/> Pato <input type="checkbox"/> Registro
Nome _____	RG Nº _____	Endereço _____	Bairro _____	Versão _____	Órgão Expedidor _____	Data de Nascimento _____	Nº _____	Fone _____	UF _____	Presentes: <input type="checkbox"/> Testemunha <input type="checkbox"/> Pato <input type="checkbox"/> Registro
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 Passageiro de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4 <input type="checkbox"/> Condutor para: _____										Presentes: <input type="checkbox"/> Testemunha <input type="checkbox"/> Pato <input type="checkbox"/> Registro
Nome _____	RG Nº _____	Endereço _____	Bairro _____	Versão _____	Órgão Expedidor _____	Data de Nascimento _____	Nº _____	Fone _____	UF _____	Presentes: <input type="checkbox"/> Testemunha <input type="checkbox"/> Pato <input type="checkbox"/> Registro
Assinatura _____					Hora _____					
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 Passageiro de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4 <input type="checkbox"/> Condutor para: _____										Presentes: <input type="checkbox"/> Testemunha <input type="checkbox"/> Pato <input type="checkbox"/> Registro
Nome _____	RG Nº _____	Endereço _____	Bairro _____	Versão _____	Órgão Expedidor _____	Data de Nascimento _____	Nº _____	Fone _____	UF _____	AUTENTICAÇÃO
Assinatura _____					Hora _____					
<b>15 - SOCORRISTA E VEÍCULO</b> <input type="checkbox"/> PATO <input type="checkbox"/> FATO										Presentes: <input type="checkbox"/> Testemunha <input type="checkbox"/> Pato <input type="checkbox"/> Registro
Placa _____	Cidade _____	Polícia Militar Pública Rodoviária Estadual	Distrito/Raia/Rua/Av/Br/Brasília	Nome _____	RG Nº _____	Endereço _____	Bairro _____	Distrito em Nova Crixá RN	09/07/2018	Hora _____
Nome _____	Endereço _____	R. Assis Guedes	Tel. _____	Assinatura/Posto/Matrícula _____	Matrícula/Modelo _____	Órgão Exp. _____	Nº _____	Fone _____		
<b>16 - IMAGENS / FOTOS</b> <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <b>AUTUAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <b>ATN</b> _____										CÓD/DESD _____
<b>17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO</b> <p>(1) AO ESTAR NA LOCAL DA OC, CONDUTORES DE V1 E V2 FOI TIRADA SÉRIE DE ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA APARECIDA NA CIDADE DE JAZZIA CÍRCIO, ONDE O CONDUTOR DE V1 FOI LIBERADO E O CONDUTOR DE V2 FOI ENCAMPINHADO PARA O HOSPITAL CRUZES JARINHO EM NATAL. FORAM ATENDIDAS PELA MÉDICA DE PLANTÃO MOCAMPIGNATARD CRU RN-2364.</p> <p>(2) NÃO FOI POSSÍVEL COLETAR AS DIVERSAS INFORMAÇÕES DEVIDO NÃO TER ENCONTRADO NENHUM DOS CONDUTORES ENVOLVIDOS NA OC.</p> <p>(3) V1 FOI ENTREGUE A PESSOA SE TRATANDO ALVIO DA COSTA, CPF-116359984-10, RG-0102919123352-2N, V2 FOI ENTREGUE A PESSOA DE SEVERINO CARDOSO DE LIMA, CPF-065068574-18, CNH-05706976190, UML-03022021 CAT-A13.</p> <p>Nome Completo do Agente: DICKSON COSTA DOS SANTOS</p> <p>POSTO/GRAD.: CB PM</p> <p>PM N° 97 747</p> <p>Vatura 502</p> <p>Subunid. 150 DP/26</p>										



## CAPTAÇÃO DE DADOS DADOS CAPTADOS PARA DPIA (OBSERVAÇÃO)

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
DADOS  
OS PARA  
HARON  
SECRETARIA DE SAÚDE PUBLIGADO  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
PARNAMIRIM /RN

ESCOLA DE AGENDAMENTO DE URGÊNCIA

07 <sup>Mr</sup> BvW

NAME: WILLIAM EUSTACE CONFESSOR

SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro

NATURALIDADE (Cidade nasc.) Curitiba PROFISSÃO: estudante PROCEDÊNCIA:

DATA: 08/04/18 BAIRRO: centro HORA: 05:18

## CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

## CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE DORMIR  REGULAR  COM DISPNEIA  CHOCADO  COMATOSO   
CHOCAR/ARRASAR  EN CONVULSAO  POLITRAUMATIZADO  AGITADO

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

RESPIRACIÓN	PULSO	T.A.
-------------	-------	------

Na noite anterior ao acidente, havia cerca de 5 horas, estando na  
loja de passageiros. Fazendo sua pausa histerica de ingestao de coca.  
Lembre de somente na noite

EXAMEN FISICO  
3) Una sección porosa, bien calcificada  
- = COM ORIGINAL 198678

Urothelium epitelial, mitos mit. mit.  
Urothelium epitelial, sistema fuso, depend.  
Papilas, epitelio, papilas hiperpl. + fibroangio.  
Epitelio epitelial, mit. mit. formado com coriolo no coto (C10)

**SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS**

11. *Leucosia* (Leucosia) *leucosia* (L.) (Fig. 11)

300000

**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"/>

*BMF- 08-04-18***CONDUTA***06:00*

*paciente nasal crg, acidente de capto.  
lesão鼻to nasal  
nariz  
constituição  
1/4 de BMF  
inhalar propofol tópico  
admitir 018 02 + AD  
filadex 40% 02 + AD*

*Ass. do Responsável***DESTINO DO PACIENTE**

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



## PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Paciente: Marielly Costa Confessor Prontuário: \_\_\_\_\_

### Motivo da Consulta:

Paciente vítima de cobras cano-canó, com queixa de somnolência nasal.

Dr. Luiz Felipe Medeiros  
Médico  
CRM-PE 8492  
Médico

9492  
CRM

08 / 02 / 18  
Data

Seu número é especialidade: BME  
Unidade marcada para a Unidade: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Paciente a Dr. (a): \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas do dia / /

## RESPOSTA DE PARECER

Unidade: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Paciente: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

(resumo do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

CONFERE COM ORIGINAL

*[Assinatura]*

1915078

CID: \_\_\_\_\_

CRM

\_\_\_\_\_ / /

Data

Unidade  
horas do dia / /



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 transcrita erroneamente, sendo necessário fazer a seguinte observação:

Placa ou chassi: KJL-7958 e não KEL-9758 como foi transcrita. 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.	FIAT UNO MILLE	Cor	BRANCA	Ano	2005/2005
Proprietário	MARCELO CONCEIÇÃO PINTO			Nº de Ocupantes	
Condutor	DANIEL FELIPE PORFIRIO			Data de Nasc.	1/1
Endereço		Nº		Fone	
Bairro	CENTRO	Cidade	SÃO JOSE DO CAMPESTRE	UF	RN
CPF N°		CNH N°		Validade	1/1
Local de Trabalho				Categorin	
End...		Nº	Bairro	Fone	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

<small>Policia 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</small>	<p><b>AUTENTICAÇÃO</b></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 <u>09/07/2018</u></p> <p><u>107.872-0</u> 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: 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 11 (Vitima passageiro de V1), verifiquei que no registro da ocorrência foi necessário fazer a seguinte observação:

Inserir como vítima passageiro de V1 a Sr.<sup>a</sup> 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
	<input type="checkbox"/> 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 _____	RG Nº _____	Órgão Expedidor _____	Data de Nascimento: / /
Endereço _____	Bairro _____	Cidade _____	Nº _____ Fone _____
Versão _____			UF _____
Assinatura: _____			Hora: _____

Informo ainda que os dados da Sr.<sup>a</sup> 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:	CARTÃO SUS:
NAME:		DN:
IDADE:	SEXO: ( ) FEM. ( ) MASC.	PROFIS:
RG:	ESTADO CIVIL:	
ENDERECO:	Nº	
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	
CEP:	UF:	TELFONE:

SINAIS VITAIS:

P.A: \_\_\_\_\_ mmHg. Fr.CARD: \_\_\_\_\_ bpm. Fr. RESP: \_\_\_\_\_ imp. SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ %  
PESO: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_  
TEMP: \_\_\_\_\_ °C. DOP: ( ) 1 a 3 ( ) 4 a 7 ( ) 8 a 10 ECGlasgow: ( ) <8. ( ) 9 a 13 ( ) > 14

DADOS CLÍNICOS:

*Agente de ação  
1879 + 90.000.000  
DIAZEP*

ALÉRGICO À ALGUMA MEDICAÇÃO:

Conduta médica:

*3 de Brux*



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: 07/01/2017	HORA: 05	CARTÃO SUS:
Nome: LIMA, SEVERINO CARDOSO DE	DN: 25102100	
IDADE: 45	SEXO: ( ) FEM. ( ) MASC. PROFIS: ESTUDANTE	
Mae: MARIA DE LURdes PINTO		
RG: 31.111.000-0	ESTADO CIVIL: solteiro	
ENDERECO: Rua 10 de Novembro		Nº 69
BAIRRO:	MUNICÍPIO: São José do Campestre	
CEP: 59345-000	UF: RN	TELPHONE: ( )

SINAIS VITAIS:

P.A. X mmHg. F CARD: bpm. Fr. RESP: Imp. SpO<sub>2</sub>: %  
PESO: HGT:  
TEMP: °C. DOR: ( ) 0 a 3 ( ) 4 a 7 ( ) 8 a 10 ECGlasgow: ( ) < 8. ( ) 9 a 13 ( ) > 14

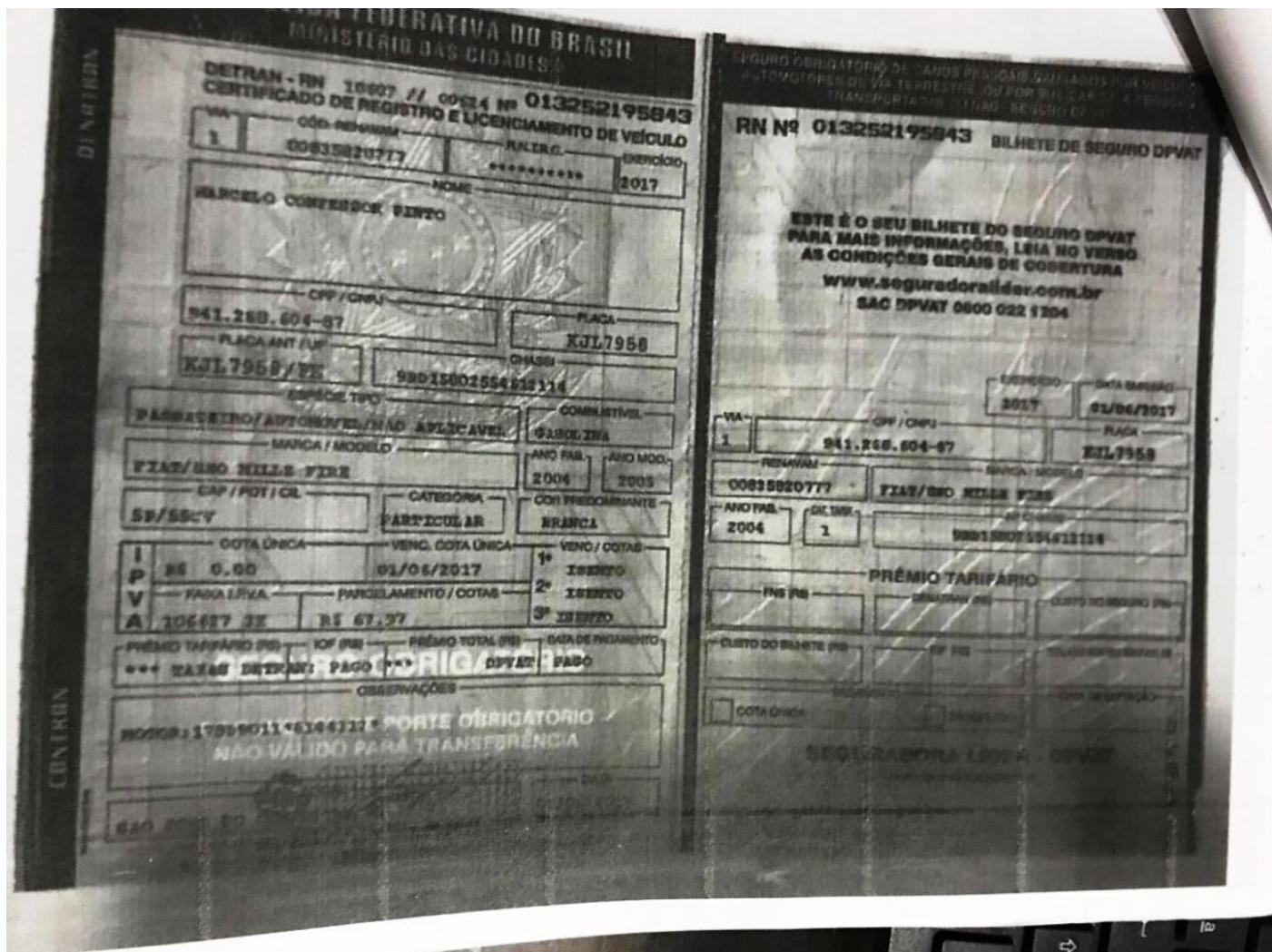
DADOS CLÍNICOS:

Perdeu o controle autônomo  
17/01/2017 no horário 20:00  
05/01/2017

ALERGICO À ALGUMA MEDICAÇÃO:

Alcool 50,9% - 100% + Tramadol 50%  
PI 470 - CV 140  
20/01/2017 100% +  
metformina 500mg - ev  
20/01/2017

EXAME DE BEM-ESTAR MÉDICO  
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE - RN



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marcelo Confessor PINTO

RG nº 1402052, data de expedição 11/05/1992  
Órgão SSP/AM portador do CPF nº 941.268.604-27 com  
sobrenome Marcelo Confessor no Estado de  
Residência AM onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Joas 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 Porfirio.

Veículo: FIAT/UNO MILLE FIRE

Modelo: UNO MILLE

Ano: 2004/2005

Placa: KTL 7958

Chassi: BBD 1520 554623114

Data do Acidente: 08/04/2018

Local e Data: Lagoa Dourada IRN 08/04/2018

Marcelo Confessor PINTO.

Assinatura do Declarante

Daniel Porfirio

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