



Número: **0807116-34.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **22/03/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO CANINDE TINOCO DA SILVA (AUTOR)		HALLISON GONDIM DE OLIVEIRA NOBREGA (ADVOGADO)	
BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS (RÉU)			
MUCIO AURELIO DO NASCIMENTO LUZIA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
9428043	22/02/2017 19:54	Acostados 4768	Documento de Comprovação
10965094	19/06/2017 11:20	Petição	Petição
10965124	19/06/2017 11:20	Documento1	Documento de Comprovação



Nóbrega Advogados Associados

PB JOÃO PESSOA: Av. Cap. José Pessoa, 320 – Jaguaribe

CEP 58015-170 Tel/Fax: (83) 3222-6610

RN PARNAMIRIM: Av. Maria Lacerda Montenegro, 2 835 - sl. 11 - Nova Parnamirim

CEP 59152-600 - Tel.: (84) 3208-9661

PE OLINDA: Av. José Carlos Lima Cavalcante, 3995 - sl. 23 – Casa Caiada

CEP 53030-260 - Tel.: (81) 3431-9643

E-mail: hallisonjc@hotmail.com

Procuração

Parte Outorgante

FRANCISCO CANINDE TINOCO DA SILVA, 49 anos, brasileiro, casado, RG 656783 RN, CPF 357.811.734-04, com endereço na(o) Rua Domingos Alves dos Santos, 01, Centro, MACAIBA RN 59280-000.

Parte Outorgada

- **HALLISON GONDIM DE OLIVEIRA NÓBREGA**, solteiro, inscrito na OAB/PB 16.753; RN 972-A; PE 1563-A; BA 39042;
 - **MÁRIO VICENTE DA SILVA FILHO**, solteiro, inscrito na – OAB/PB 19.647
- todos brasileiros e Advogados com Escritório Principal na Cidade de JOÃO PESSOA PB, na Av. Capitão José Pessoa, 320 – Jaguaribe - CEP 58015-170.**

Pelo presente instrumento de **PROCURAÇÃO**, a retro **Parte Outorgante** nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados (**PARTE OUTORGADA** acima), **conferindo-lhes** os poderes da cláusula "*ad judicium et extra*", em qualquer instância ou Tribunal, para, em conjunto ou separadamente, defender interesses nas ações que propuser ou contra si forem propostas ou já em andamento, além de transigir, acordar, receber e dar quitação, celebrar acordos (inclusive extras judiciais), firmar e ratificar termos e compromissos, e praticar todos os demais atos em direito permitidos, por mais especiais que sejam, até substabelecer, com ou sem reservas de poderes, no todo ou em parte, podendo, ainda, receber Alvará Judicial de Pagamentos junto a quaisquer instituições públicas e/ou privadas (inclusive Estabelecimentos Bancários e/ou Financeiros e Seguradoras), passando recibo e dando quitação.

Contrato

Fica CONTRATADO, desde já, que os devidos honorários advocatícios serão na base de **20% (vinte por cento)** sobre o valor bruto a receber (no caso de indenização e outros recebimentos congêneres), os quais, quando for o caso, serão descontados em favor do constituído (art. 22 § 4º da Lei 8.906/94), com expedição do respectivo Alvará pelo juízo da ação, constando a soma dos **honorários sucumbenciais** e os **contratuais**, **tudo em favor do outorgado que o requerer e conforme pacto através do presente instrumento**, sendo que, quando houver prestações continuadas (benefícios mensais previdenciários, pensão alimentícia e congêneres), serão pagos, além dos honorários sobre atrasados, também sobre os valores recebidos durante os 12 (doze) meses seguintes. Nas ações que não visem qualquer recebimento em espécie, os honorários serão os constantes da tabela da OAB do Estado onde for ajuizada a Ação. Assim, fica configurado **CONTRATO DE ADESÃO**, formalizado, para qualquer eventualidade futura.

NATAL RN, 18 de agosto de 2016.

Francisco Caninde Tinoco da Silva

Outorgante
Cad. 4768

D E C L A R A Ç Ã O

(não ajuizamento de ação DPVAT)

Parte Declarante	FRANCISCO CANINDE TINOCO DA SILVA , 49 anos, brasileiro, casado, RG 656783 RN, CPF 357.811.734-04, com endereço na(o) Rua Domingos Alves dos Santos, 01, Centro, MACAÍBA RN 59280-000.
------------------	---

Para que surta seus jurídicos e legais efeitos, a parte acima qualificada e abaixo assinado declara, para os devidos fins de Direito que se fizerem necessários, que não recebeu verbas referentes ao Seguro DPVAT que está sendo objeto do pedido da exordial, bem como não ajuizou ação em outra comarca visando recebimento do referido seguro contra outra seguradora ou em qualquer outro Estado da Federação. Declara, ainda, estar ciente das sanções administrativas, cíveis e criminais em caso falsa declaração.


Declarante

NATAL RN, 18 de agosto de 2016.

Cad 4768

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Parte Declarante

FRANCISCO CANINDE TINOCO DA SILVA, 49 anos, brasileiro, casado, RG 656783 RN, CPF 357.811.734-04, com endereço na(o) Rua Domingos Alves dos Santos, 01, Centro, MACAIBA RN 59280-000.

A parte acima qualificada e abaixo assinado declara, nos termos da Lei 1.060/50, que é pobre na forma da lei, não dispondo de meios que possibilitem custear as despesas processuais e honorárias da ação a ser proposta.

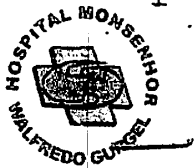
Afirma, ainda, ser conhecedor das sanções penais, caso a presente não retrate a verdade.

Assina esta declaração para que surta os seus jurídicos e legais efeitos.


Declarante

NATAL RN, 18 de agosto de 2016.

Cad. 4768



SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

T2

PACIENTE	FRANCISCO CANINDE TINOCO DA SILVA		
DATA DE ENTRADA	08/02/2015	HORA	22:46
	Nº BAA	69534	
IDADE	48	SEXO	M
CPF	- RG 656783	ETNIA	Pardo
NOME DA MÃE	MARIA TINOCO DA SILVA	CARTÃO SUS	-
NOME DO PAI	MANOEL TINOCO DA SILVA	ESTADO CIVIL	Casado(a)
NASCIMENTO	05/01/1967	NATURALIDADE	Natal-RN
TELEFONE	(84) 8773-0720	PROFISSÃO	OUTROS
RUA/AV.	- Nº -	BAIRRO	Centro
COMPLEMENTO	-	CIDADE	Macaíba-RN
CEP	59280-000	MOTIVO	
ORIGEM	Ambulância - SAMU		
ACIDENTE DE TRÂNSITO / CARRO - OBJETO FIXO	Acidente de Trânsito / Carro - Objeto Fixo		
ACID. DE TRABALHO	Não	USUÁRIO	Josilma

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
*Vitima de cábulo camonhoso e muros.
Dep. perda de consciência.
Projetil de arma de fogo, dep. prontos
fechos timbre 19.*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)	
A	
B	
C	
D	<i>Glauco 15</i>
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES
Ne: indol

CONFERE COM ORIGINAL
NATALIAN. 19/02/2015
SESAP. NAT. Nº 154820-0

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL	CID
----------------------------	------------

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

ALERGIAS:

MEDICAÇÃO EM USO:

DOENÇAS E CIRURGIAS PRÉVIAS:

DIETA E ALIMENTOS INGERIDOS:

AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA:

ANTecedentes VACINAIS:

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM):

LABORATÓRIO DE ANÁLISES:

Rx Drapery AP e Perfil
 Bases AP
 Pernas em AP e Perfil

OUTROS:

OUTROS PRINCIPAIS (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE EXAME FÍSICO

Dr. Estácio Aquino
 Cirurgião Torácico

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <i>Dr. Estácio Aquino</i>	HORA: 23:00	DATA: 8/2/15
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

Dr. Estácio Aquino
 Cirurgião Torácico
 CRM: RN 12345

RECEBIDO (CARIMBO)



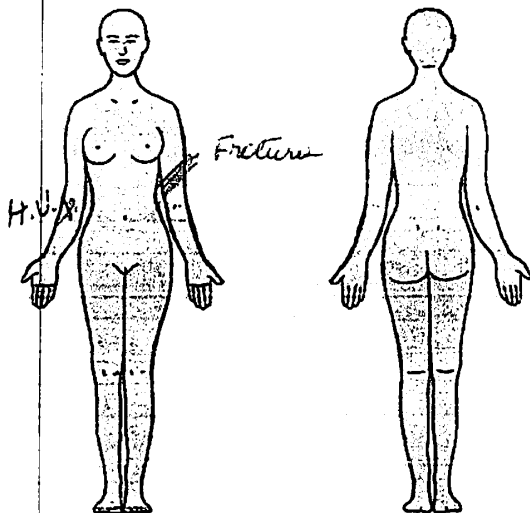
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

2

NOME DO PACIENTE: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____ IDADE: _____
REGISTRO: _____
DATA DE ADMISSÃO: _____ HORA: _____
ADMISSÃO DO PACIENTE: _____
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: _____
HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO () ACESSO CENTRAL ()
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE (X) ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: ()
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (X) GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE (X) M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO (X) HIPERTENSO: SIM () NÃO (X)
DIABÉTICO: SIM () NÃO (X) ASMÁTICO: SIM () NÃO (X)
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (X) OUTRAS PATOLOGIAS: _____
MEDICAÇÕES EM USO: _____
CIRURGIAS ANTERIORES: _____
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
OBS.: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JELCO Nº _____ ACESSO CENTRAL: _____

INSTRUMENTADOR: Vitoria
CIRCULANTE: Jaciana Costa
TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDURAL () B.P.B. (X) LOCAL ()
OBS.: _____
ANESTESISTA: Dr. Benjamin + Dr. Ana Catarina
INÍCIO DE ANESTESIA: 10:35 hs
TÉRMINO DE ANESTESIA: _____
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Adm. Cefazolona 2g EV p. onset (10:35 hs) +
HORA: _____

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

INÍCIO DE CIRURGIA:

CIRURGIÃO: Dr. Mario Amor

1º AUXILIAR: -

2º AUXILIAR: -

3º AUXILIAR: -

TIPO DE CIRURGIA: Fratura exposta + limpeza + sutura + tala gessada (MSE).

TÉRMINO DE CIRURGIA:

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (x)

Nº DA SONDA:

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (x)

Nº DA SONDA:

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (x)

RX: SIM () NÃO ()

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (x)

TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (x)

TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (x)

FEITO FICHA: SIM () NÃO ()

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (x)

ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO: SIM () NÃO ()

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (x)

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (x)

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO (x)

QUANTIDADE: 30

GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO (x)

QUANTIDADE: 10

CAIXA CIRÚRGICA: PA

COMPLETA: SIM (x) NÃO ()

OBS.:

ÓBITO: SIM () NÃO (x)

HORA:

REALIZADO RCP: SIM () NÃO ()

RESPONSÁVEL PELA RCP:

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (x) UTI () ALTA ()

EM AMBIENTE: SIM (x) NÃO ()

TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()

ENTUBADO: SIM () NÃO (x)

PREENCHIDO AIH: SIM (x) NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (x) NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (x) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: Pac. em sala cirúrgica, monitorizado pelo anestesista.

0:10) Pac. em sala cirúrgica, monitorizado pelo anestesista, realizado bloqueio plexo braquial no MSE, com sucesso. Feito limpeza com soro fisiológico e PVP. Diérgmon-tico, sutura de tecido, colocado tala gessada pilon-tico de Quase Unilac. Segue a intercorrência. Pac. encaminhado p/ CRO cl H. em curso no HSD e tala gessada no MSE. Segue por efeito de narcóticos e infiltração de plexo. PA: 139x88 mmHg, bpm=69, sat. 96%.

242488

Assinatura do(a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentador

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



3

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	CNES 2653923
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME DO PACIENTE FRANCISCO CANINDE TINOCO DA SILVA	Nº DO PRONTUÁRIO 1019950
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO 05/01/1967
SEXO MASCULINO	RAÇA/COR PARDO
ETNIA	TELEFONE DE CONTATO (84) 8773-0720
NOME DA MÃE MARIA TINOCO DA SILVA	TELEFONE DE CONTATO
RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO (LOGRADOURO, Nº, COMPLEMENTO)	
BAIRRO CENTRO	MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA MACAÍBA
UF RN	CEP 59280-000

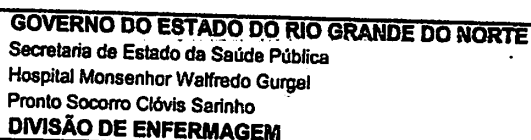
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>paciente com quadro de insuficiência cardíaca congestiva, evoluindo com dispnéia e edema de membros inferiores.</i>	
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO <i>Insuficiência cardíaca</i>	
PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVA DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Sinais + Rx</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Insuficiência cardíaca congestiva</i>	CID 10 PRINCIPAL I50.9
	CID 10 SECUNDÁRIO
	CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tratamento de Insuficiência cardíaca</i>	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
CLÍNICA OBSERVAÇÃO 2	CARÁTER DA INTERNAÇÃO
DOCUMENTO () CNS () CPF	Nº DOCUMENTO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO	DATA DA SOLICITAÇÃO 09/02/2015 00:10
ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
ACIDENTE () TRÂNSITO () TRABALHO TÍPICO () TRABALHO TRAJETO	CNPJ DA SEGURADORA
CNPJ EMPRESA	Nº DO BILHETE
SÉRIE	CNAE DA EMPRESA
CBOR	
VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	

AUTORIZAÇÃO	
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	COD. ÓRGÃO EMISSOR
DOCUMENTO () CNS () CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
CONFERE COM ORIGINAL 19.02.2015 15428-3	



BOLETIM OPERATÓRIO

Name: Phumrux CANDE THONG Reg. N° 175

Diagnóstico pré-operatório: fratura exposta tíbia, excisa

Indicação terapêutica: Atividade de Fim de Curso

INTERVENÇÃO

INÍCIO: _____ Fim: _____

Operador: MARIO AUGUSTO

1º Auxiliar:

2º Auxillar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: _____

Anestesista:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Via de acesso – Incisão – Aspecto nos órgãos e lesões encontradas – Técnicas empregadas e descrição dos processos – Ligaduras e suturas empregadas – Drenagem – Curativos

Diagnóstico Operatório – Prognóstico Operatório – Obs.:

Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Obs.:
 Paciente em Bom Estado
 Anestesia, Absorção + Autoclave
 De Buro, esumo, Autoclave. X
 Externos de Lito e Buro esumo
 + Placa de controle

ESTE HOSPITAL É MEU, É SEU, É NOSSO.

Nome:

Nº Registro:

Serviço:

Idade:

Leito:

[illegible]

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

DIVISÃO DE ENFERMAGEM**BOLETIM OPERATÓRIO**

Nome:

FRANCISCO CARVALHO TILCO A. S. P.

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório:

Fratura exposta Unão encurt

Indicação terapêutica:

Desmame de Fratura unão encurt

INTERVENÇÃO

INÍCIO:

Fim:

Duração:

Operador:

Mário Augusto

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas
e descrição dos processos - Ligaduras e suturas empregadas - Drenagem - Curativos

Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Obs.:

Fratura em Unão de 203
Anestesia, Abertura + Autocura
de Unão encurt, Desmame. X
Suturas de Unão e Unão encurt
+ Placa de correção

ESTE HOSPITAL É MEU, É SEU, É NOSSO.



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

FICHA DE ACOMPANHAMENTO SOCIAL

Enfermaria: 40 Leito: 404
UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 28 / 02 / 15
Alto: 1 / 1

1. Identificação

Nome: Francisco Cordeiro Távila da Silva Naturalidade: Macau
Idade: 48 anos Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 05 / 05 / 67
RG: _____ Estado Civil: Casado Nível de Instrução: _____
FILIAÇÃO: PAI: Manoel Amelino da Silva
MÃE: Maria Távila da Silva
Endereço: R. Domingos Alves dos Santos, 01 Centro Cidade: Macau
Telefone: () 3273-3383 ☐ Residencial ☐ Trabalho ☐ Recado
Contato: D. Maria Outros telefones: 9195-2650 Manoel
Responsável pelo paciente: Manoel Amelino da Silva
Endereço do Responsável: 9937, 9833 - Varanda - Alameda

2. Situação Ocupacional do Paciente e Vinculação Previdenciária

Atividade que desenvolve: Motorista
Trabalha com vínculo empregatício ☐ Sim ☒ Não
Aposentado ☐ Sim ☒ Não Benefício da LOAS ☐ Sim ☒ Não Renda: _____
Composição familiar: esposa e 02 filhos

3. Forma de Acesso ao Serviço:

() Sozinho - procurou atendimento () Traído por familiares ☒ Traído pelo SAMU
() Socorrido em via pública
() ENCAMINHADO: Hospital de origem: _____
Médico: _____

4. Paciente encontra-se nos requisitos para ter acompanhamento?

☐ Sim ☒ Não
Em caso positivo, qual o motivo? _____

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

Paciente internado de acordo com a parte com
e orientado. Internado pela orientação
feita orientadora, no caso de documento

02/05 Amado filio de documentos
propriedade transmissa p/ curadora
Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
ESTE HOSPITAL É MEU, É SEU, É NÓSSO.



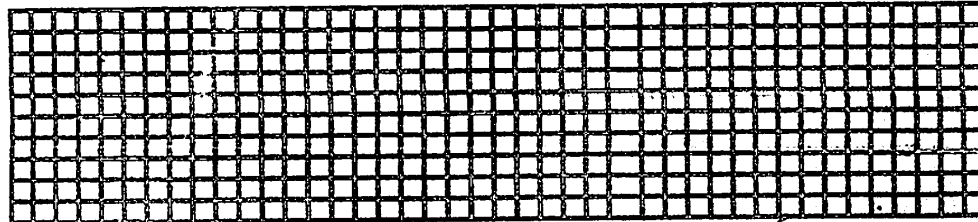
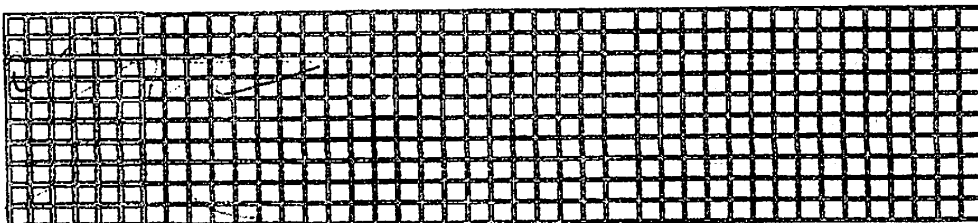
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: 12 ANTONIO CARLOS DE SAU ASA: 7
Idade: 45 Sexo: M Registro: _____
Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO Data: 09/05
Cirurgia Realizada: PLAQUEIAÇÃO + SUTURA
Cirurgião: DR. MARCELO Auxiliar: _____
Anestesiologista: DR. RIBEIRO Enfermagem: _____

História Clínica Admissional: _____

Técnica Anestésica: PROF. FOLIO DE



Início: 17.25 - 7.45

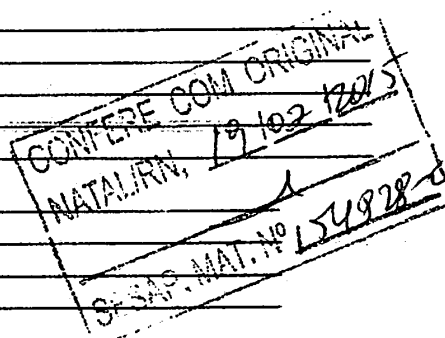
Término: 17.00

Anestésicos Utilizados:

1. 17.00 - 22.40
2. 17.00 - 22.40
3. 17.00 - 22.40
4. 17.00 - 22.40
5. 17.00 - 22.40
6. 17.00 - 22.40
7. 17.00 - 22.40
8. 17.00 - 22.40
9. 17.00 - 22.40
10. 17.00 - 22.40
11. 17.00 - 22.40
12. 17.00 - 22.40
13. 17.00 - 22.40

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Encaminhamento: _____



Assinatura do Anestesiologista - CRM

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: <i>Ortopedia</i>	
ANAMNESE <i>Paciente com fratura exposta de um</i>	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <i>Fratura exposta de um</i>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ****	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <i>NO 02</i> <i>Leção de 180 + 10ml de H₂O</i> <i>10ml de H₂O</i>	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM <i>Queda de 2m</i>
<i>Dr. Leonardo dos S. Correa</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>Assinatura e Carimbo do Responsável</i>	<i>Assinatura e Carimbo do Responsável</i>
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <i>Admissão</i>	DATA: / / HORA: /
SAÍDA:	DATA: / / HORA: /
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / / HORA: /
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
<i>Dr. Carlos A. Filho</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM/RN - 5647</i>	

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação.

DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:		DATA: / /	HORA:
SAÍDA:		DATA: / /	HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / /	HORA:	
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83314485

Comunicação: C1847139

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1970159 - LUIZ PINHEIRO BORGES JUNIOR Data/Hora do Acidente (hora local): 08/02/2015 21:40 BR: 101 KM: 106,0
Município/UF: PARNAMIRIM/RN Tipo de Acidente: Colisão traseira Sentido da Via: Decrescente
Fase do dia: Plena noite Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Vertical, Horizontal Sinalização luminosa: Funciona Condição meteorológica: Céu Claro
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Não Data e horário da solicitação:
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário do

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Sim

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Base com dois semáforos destruída. A Cosem compareceu ao local para desligar a energia. O Detran-RN compareceu ao local para remover os semáforos.

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Comercial

Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 2
Possui defesa? Não existe Possui meio-fio? Conservada(o) Possui sarjeta? Não existe

Existe canteiro central? Sim Estado de Conservação: Bom Largura (m): 3,5 Tipo de inclinação: Plano
Obstáculo ao Cruzamento: Meio-Fio Estado de Conservação do Obstáculo: Bom

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Comércio
Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Dupla Qtd. de Faixas: 02
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reta Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 29/04/2015 10:24:15
NÚMERO DE CONTROLE: 7cf7f8b7b657397e

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 1 de 8



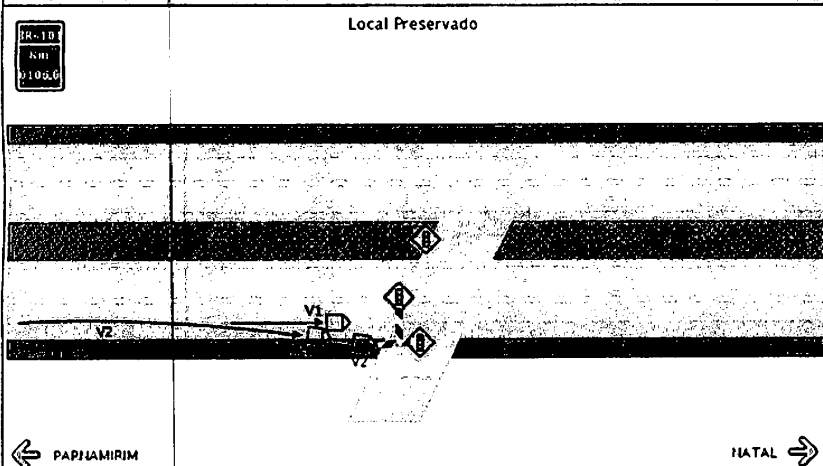
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83314485

Comunicação: C1847139

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CROQUI



LEGENDA:

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| Automóvel | Trem |
| Veículo Trator | Conjugado |
| Pedestre | Objeto Fixo |
| Ponto B | Ponto A' |
| Ponto P | Ponto A |
| Ponto C | Antes da Colisão |
| Ônibus | Marca do Frangimento |
| Animal | Veículo Ausente |
| Capotagem | Roboqu/Semi-roboquo |
| Caminhão | Triângulo de Amarração |
| Tombamento | Veículo de 2 ou 3 rodas |
| Incêndio | Marcha à frente |
| Local de colisão | Patinação ou Derrapagem |
| Marcha à ré | Depois da Colisão |
| Placa de Trânsito | |

Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____
Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____
Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

Conforme averiguações realizadas no local do acidente, em Pamamirim, Km 106 da BR 101, verificou-se através dos vestígios, corroborado pelas declarações dos condutores, passageiros e testemunhas, que V1 (FORD/11000, placa MXX-0106/RN) e V2 (VW/6.90, placa JTX-4236/RN) seguiam fluxo no sentido decrescente, quando o condutor de V1 imobilizou seu veículo em razão do semáforo ter fechado, e V2 não conseguiu parar a tempo, colidindo na traseira de V1 e em seguida, na base que sustentava os semáforos, levando os mesmos ao solo, conforme croqui. As duas vítimas lesionadas foram retiradas das ferragens pelo Corpo de Bombeiros e entregues ao SAMU. Pneu dianteiro direito liso.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: MXX-0106 Sequencial: V1 Descrição: _____ Chassi: LA7QGP38870 Renavam: 00175417903
Marca/Modelo: FORD/11000 Cor: BEGE Ano: 1986 Tipo: Caminhão Emplacamento: SAO GONCALO DO
Ocupantes: 1 Espécie: _____ Categoria: Aluguel
Proprietário: LINDEMBERG RODRIGUES DA COSTA CPF/CNPJ: 047.188.714-50
Endereço: AV. VEREADOR AILDO MENDES, Nº 05 - SAMBURÁ CEP: _____
Município/UF: SAO GONCALO DO AMARANTE/RN Telefones: 84 8894 3146 / 84 9474 0066

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: _____ Placa U2: _____ Placa U3: _____ Placa U4: _____
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Parado na via Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

PAÇOS DA CARGA

Carregamento: Carregado Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Ilesa Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso: _____
Descrição da Carga: Cavalos.

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: _____ Data/Hora da Recepção (hora local): _____ Motivo: _____
Responsável pela Recepção: _____
Documento do Responsável: _____
Município/UF: _____ Descrição do Encaminhamento: _____

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 29/04/2015 10:24:15
NÚMERO DE CONTROLE: 7cd7f8b7b657397e



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83314485

Comunicação: C1847139

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: JTX-4236 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: VO05582 Renavam: 00139048189
Marca/Modelo: VW/6.90 Cor: AMARELA Ano: 1983 Tipo: Caminhão Emplacamento: MACAIBA/RN
Ocupantes: 3 Espécie: Categoria: Aluguel
Proprietário: LUIZ GONZAGA DOS SANTOS CPF/CNPJ: 580.132.967-68
Endereço: PO LAGOA NOVA - NUM. 247 CEP: 59.280-000
Município/UF: MACAIBA/RN Telefones:
COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA
Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Saída de via Saída de Pista? Sim Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Ruim
Descrição do Recolhimento:
PADOS DA CARGA

Carregamento: Carregado Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: < 1/4 Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga: Um dos cavalos se machucou.

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/MXX-0106
Nome/Apelido: LINDEMBERG RODRIGUES DA COSTA
Data de Nascimento: 21/10/1979 Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro
Nome do Pai: AGUINALDO ALFREDO DA COSTA
Nome da Mãe: LURDIMAR RODRIGUES DA COSTA
Endereço: AV. VEREADOR AILDO MENDES, Nº 05 - SAMBURÁ CEP: - -
Município/UF: SAO GONCALO DO RN Telefones: 84 8894 3146 / 84 9474 0066 Grau de Instrução: Médio
Naturalidade: SAO GONCALO DO Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: AGRICULTOR
CPF: 047.188.714-50 Documento de Identificação: 2148545 Órgão Expedidor: ITEP /RN
Origem: Destino:
Estado Físico: Ileso Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AD Registro CNH: 04897104461/RN Primeira Habilitação: 10/03/2010
Validade CNH: 04/08/2019 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences:
Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção: Data/Hora da Recepção (hora local):
Documento do Responsável: Município/UF: Motivo:
Descrição do

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 29/04/2015 10:24:15
NÚMERO DE CONTROLE: 7cd7fb7b657397e

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 3 de 9



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83314485

Comunicação: C1847139

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/JTX-4236

Nome/Apelido: Francisco Canindé Tinoco da Silva

Data de Nascimento: 05/01/1987 Sexo: Masculino Estado Civil: Casado

Nome do Pai: Manoel Tinoco da Silva

Nome da Mãe: Maria Tinoco da Silva

Endereço: Rua Domingos Alves dos Santos, Nº 01 - Loteamento São Franci CEP: 59.280-000

Município/UF: MACAIBA/RN Telefones: 84 91421215

Grau de Instrução:

Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: MOTORISTA PROFISSIONAL

CPF: 357.811.734-04 Documento de Identificação: 656783 Órgão Expedidor: SSP /RN

Origem: Destino:

Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável

Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 02188192689/RN Primeira Habilitação: 10/10/1997

Validade CNH: 07/10/2015 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: xxx

Documento do Responsável: 000 Data/Hora da Recepção (hora local): 08/02/2015 22:10

Município/UF: NATAL/RN Motivo: Socorro

Descrição do Encaminhamento: Encaminhado para o Hospital Clóvis Sarinho

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: V2/JTX-4236 /

Nome/Apelido: João Bento Irineu de Souza Sexo: Masculino Data de Nascimento: 07/09/1987

Nome do Pai: Antônio Irineu dos Santos

Nome da Mãe: Rita Bento da Silva de Souza

Endereço: CEP:

Município/UF: Naturalidade: SERRINHA/RN Nacionalidade: BRASIL

CPF: Documento de Identificação: 002.851.212 Órgão Expedidor: ITEP/RN Telefones:

Estado Civil: Grau de Instrução:

Ocupação Principal: Origem: Destino:

Estado Físico: Ileso Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável

Existe Declaração em Anexo? Não

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):

Município/UF: Motivo:

Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 29/04/2015 10:24:15

NÚMERO DE CONTROLE: 7c7f8b7b657397e

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 4 de 9



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83314485

Comunicação: C1847139

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro **Veículo:** V2/JTX-4236 /
Nome/Apelido: Manoel Ancelmo da Silva Neto **Sexo:** Masculino **Data de** 25/09/1999
Nome do Pai: Francisco Canindé Tinoco da Silva
Nome da Mãe: Marizélia Alves
Endereço: Rua Domingos Alves dos Santos, Nº 01 - Loteamento São Franci **CEP:**
Município/UF: MACAIBA/RN **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: **Documento de Identificação:** **Órgão Expedidor:** **Telefones** 84 91421215
Estado Civil: Solteiro **Grau de Instrução:**
Ocupação Principal: ESTUDANTE **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: Lesões Leves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Ignorado **Usava Capacete?** Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: SAMU **Responsável pela Recepção:** xxx
Documento do Responsável: 000 **Data/Hora da Recepção (hora local):** 08/02/2015 22:10
Município/UF: NATAL/RN **Motivo:** Socorro
Descrição do Encaminhamento: Encaminhado para o Hospital Clóvis Sarinho.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 29/04/2015 10:24:15
NÚMERO DE CONTROLE: 7cf7f8b7b657397e

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 5 de 9



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83314485

Comunicação: C1847139

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES TRATORES

Veículo: V2 / VW/6.90 Placa: JTX-4236
Nome do Agente/Assinatura: LUIZ PINHEIRO BORGES JUNIOR Nº BOAT: 83314485
Registro/Matrícula do Agente: 1970159 Data: 08/02/2015 21:40

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias externas sem afetar coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta fogo, soleira ou assoalho.	P		X	
2	Carroceria com avarias externas na estrutura, sem afetar o compartimento de carga.	P		X	
3	Avarias em pára-choques (dianteiro ou traseiro), porta-choque, para-choque dianteiro ou perfil lateral do chassi (se houver)	P	X		
4	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X		
5	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		X	
6	Para-choque traseiro danificado.	M		X	
7	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
8	Avaria em qualquer um dos eixos.	M		X	
9	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M		X	
10	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
11	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
12	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.	M		X	
13	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
14	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G	X		
15	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas.	G		X	
16	Chassi com região torcionalmente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
17	Chassi afetado torcionalmente na região da suspensão.	M		X	
18	Chassi com região torcionalmente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

P: Item que individualmente implica em Dano de Pequena Monta

M: Item que individualmente implica em Dano de Média Monta

G: Item que individualmente implica em Dano de Grande Monta

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	Sim	Não
19	Rodas/pneus		X
20	Pára-brisa	X	
21	Órgãos laterais/traseiros	X	
22	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)	X	
23	Faróis	X	
24	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)	X	
25	Carenagens	X	
26	Lonas (sidlers)		X

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade

☐ Dano de Pequena Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria P

☐ Dano de Média Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M

☒ Dano de Grande Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G

"Dano de pequena monta" é o menos grave e "dano de grande monta" é o de maior gravidade

A classificação do dano do veículo terá a mesma classificação do item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dptf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 29/04/2015 10:24:15

NÚMERO DE CONTROLE: 7c7f78b7b657397e

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 6 de 9



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83314485

Comunicação: C1847139

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES TRATORES

Veículo: V1 / FORD/11000

Placa: MXX-0106

Nome do Agente/Assinatura: LUIZ PINHEIRO BORGES JUNIOR

Nº BOAT: 83314485

Registro/Matrícula do Agente: 1970159

Data: 08/02/2015 21:40

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias externas sem afetar: coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta fogo, soleira ou assoalho.	P		X	
2	Carroceria com avarias externas na estrutura, sem afetar o compartimento de carga.	P		X	
3	Avarias em pára-lamas(s) (dianteiro ou traseiro), porta-estope, para-choque dianteiro ou perfil lateral do chassi (se houver)	P	X		
4	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
5	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto(quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		X	
6	Para choque traseiro danificado.	M		X	
7	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
8	Avaria em qualquer um dos eixos.	M		X	
9	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M		X	
10	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
11	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
12	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.	M		X	
13	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
14	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
15	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas.	G		X	
16	Chassi com região torcionalmente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
17	Chassi afetado torcionalmente na região da suspensão.	M		X	
18	Chassi com região torcionalmente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

P: Item que individualmente implica em Dano de Pequena Monta

M: Item que individualmente implica em Dano de Média Monta.

G: Item que individualmente implica em Dano de Grande Monta

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	Sim	Não
19	Rodas/pneus		X
20	Pára-brisa		X
21	Vidros laterais/traseiros		X
22	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
23	Fardas		X
24	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
25	Carenagens		X
26	Lonas (sliders)		X

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade

☒ Dano de Pequena Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria P

☐ Dano de Média Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M

☐ Dano de Grande Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G

"Dano de pequena monta" é o menos grave e "dano de grande monta" é o de maior gravidade

A classificação do dano do veículo terá a mesma classificação do item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA".

Observações:

* O acidente não provocou danos à carroceria.

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 29/04/2015 10:24:15

NÚMERO DE CONTROLE: 7cd7f8b7b657397e

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 7 de 9



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83314485

Comunicação: C1847139

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES

Veículo: V2 / VW/6.90

Placa: JTX-4236

Nome do Agente/Assinatura: LUIZ PINHEIRO BORGES JUNIOR

N° BOAT: 83314485

Registro/Matricula do Agente: 1970159

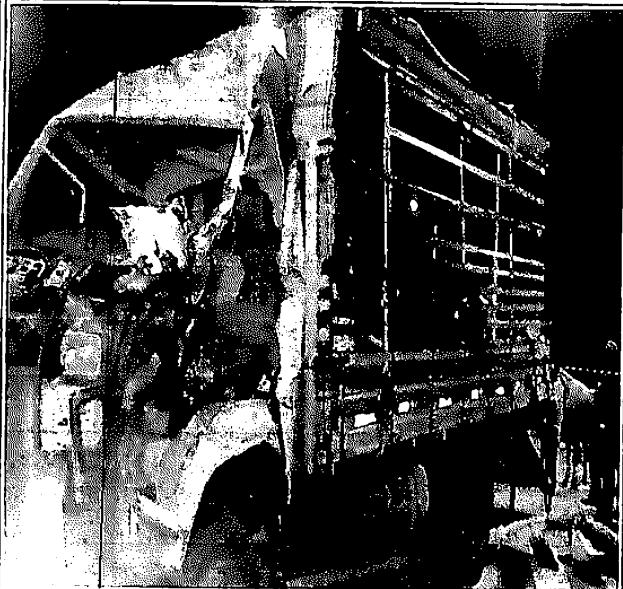
Data: 08/02/2015 21:40



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTÊNTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 29/04/2015 10:24:15

NÚMERO DE CONTROLE: 7cf7fb7b657397e

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 8 de 9



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83314485

Comunicação: C1847139

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES

Veículo: V1/FORD/11000

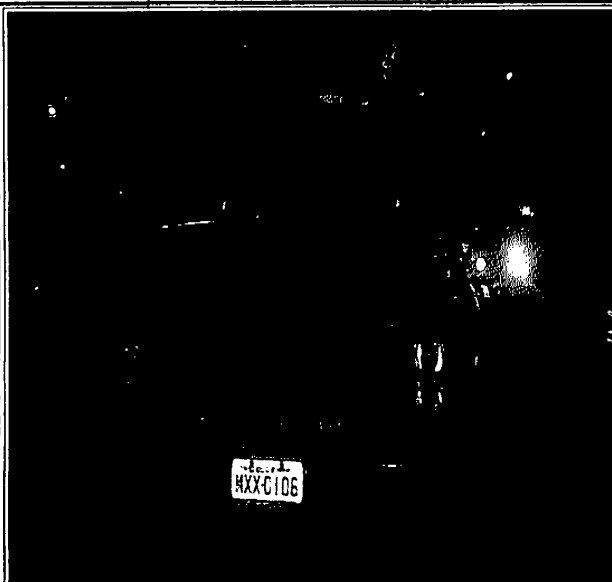
Placa: MXX-0106

Nome do Agente/Assinatura: LUIZ PINHEIRO BORGES JUNIOR

Nº BOAT: 83314485

Registro/Matrícula do Agente: 1970159

Data: 08/02/2015 21:40



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 29/04/2015 10:24:15

NÚMERO DE CONTROLE: 7cf7f8b7b657397e

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 0 de 0

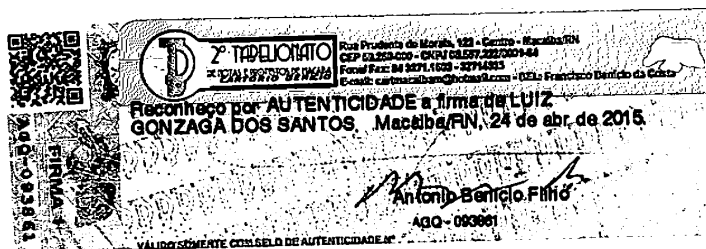
Declaração do Proprietário do Veículo

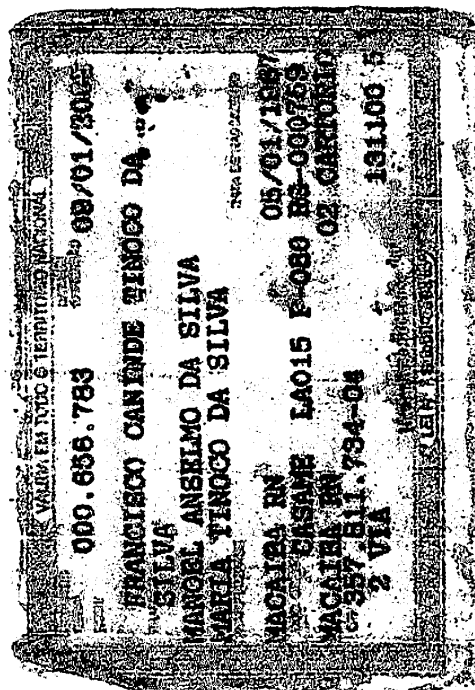
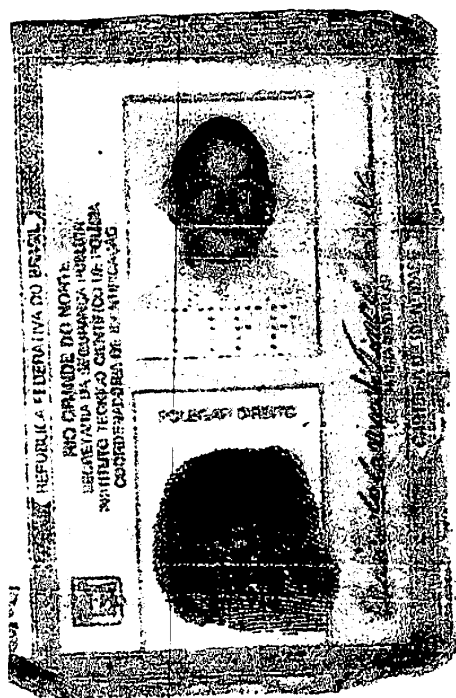
Eu, Luiz Gonzaga dos Santos,
RG nº 1.96954, data de expedição 23/08/1998 Órgão ITP RN, portador
do CPF nº 580.132.967-68, com domicílio na cidade de LAGOA NOVA, no
Estado de RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio São José, nº _____, complemento MACAIBA, declaro, sob as penas
da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do
acidente ocorrido com a vítima Francisco Antônio Tenoco da Silva

Veículo: CAMINHÃO
Ano: 1983
Modelo: VW
Placa: JTX 4236 PB
Chassi: VVO 5582
Data do Acidente:

Local e Data: MACAIBA 24/04/2015

Luiz Gonzaga dos Santos
Assinatura do Declarante







LUIZ GONZAGA DOS SANTOS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 010463678564
Nº 010463678564
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1. CDD RENAVAM 001390481992
2. ANTERO 2014

1. LUIZ GONÇALVES DOS SANTOS
2. PLACA 580-122-957-18
3. 42236

1. PLACANT 1
2. 1

1. CARGA CATÁLOGO 000000
2. 000000

1. MARCA/MODELO VW/5.90
2. ANO FAB. 1983
3. ANO MOD. 1983

1. CATEGORIA 000000
2. 000000

1. COTA ÚNICA 000000
2. 000000

1. PREMIO TARIÁRIO (R\$) 320099,3X
2. TAXAS DETRAN 3X
3. PREMIO TOTAL (R\$) 320099,3X
4. DATA DE PAGAMENTO 22/04/2014

1. OBSERVAÇÕES
2. 02250444722, LOCAL

1. DATA 22/04/2014

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO Y AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 010463678564
BILHETE DE SEGURO DPVAT

1. EXERCÍCIO 2014
2. DATA DE EMISSÃO 22/04/2014
3. PLACA 580-122-957-18
4. 42236

1. ANO FAB. 1983
2. ANO MOD. 1983
3. CATEGORIA 000000
4. 000000

1. PREMIO TARIÁRIO (R\$) 320099,3X
2. TAXAS DETRAN 3X
3. PREMIO TOTAL (R\$) 320099,3X
4. DATA DE PAGAMENTO 22/04/2014

1. OBSERVAÇÕES
2. 02250444722, LOCAL

1. DATA 22/04/2014

ENCARGOS DO DETRAN

1. IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA
2. AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MULTAS DE TRÂNSITO

1. IPVA - 2ª COTA
2. AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATORIO

1. IPVA - 1ª COTA
2. AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A
CNPJ 09.248.608/0001-04

1. IPJ: 09.248.608/0001-04
2. a Senador Dantas, 74 - 6ª andar
3. nro - Rio de Janeiro
4. w.seguradoralider.com.br

SERVIÇOS:

1. AÇÃO DO TOTAL A PAGAR EM R\$ 100,00
2. AÇÃO DO TOTAL A PAGAR EM R\$ 100,00
3. AÇÃO DO TOTAL A PAGAR EM R\$ 100,00
4. AÇÃO DO TOTAL A PAGAR EM R\$ 100,00

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A435 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 24/04/2015

CONSULTA EFETUADA COM SUCESSO

MOVTO. E SALDO DO DIA

AG: 2758 - MACAIBA, RN

OPER: 013

CONTA:

FAG: 001 / 001

NOME: FRANCISCO CANINDE TINOCO

LIMITE FLUTUANTE GIM:

DISPONIVEL.: 0,00

LIMITE CHEQUE AZUL:

SALDO TOTAL: 0,00

BLOQUEADO:

0,00

NR.DOC

HISTORICO

VALOR

F1 AJUDA F4 SALDO DE POUPANCA F7 VOLTA PAG. F8 AVANCA PAG. POK02738
F3 RETORNAR F5 POSICAO INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F12 FINALIZAR

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

BANCO: 104

AGENCIA: 2758

DATA: 24/04/2015

HORA: 12:39:06

TERMINAL: 1001

NSU: 000478

AUT: 0055

COMPROVANTE DE DEPÓSITO

NUM.DOC: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 2758/013/00.025.029-4

NOME: FRANCISCO CANINDE TINOCO DA SILVA

DEPOSITANTE:

SEBASITAO JUNIOR

VALOR TOTAL:

10.00

VALOR DINHEIRO:

10.00

Informacoes, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente



ORÇAMENTO HOSPITALAR

PACIENTE: FRANCISCO CANINDE TINOCO DA SILVA
CONVENIO: PARTICULAR
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA
PROCEDIMENTO: FRATURA DE ÚMERO
MEDICO ASSISTENTE: Dr. MARCOS RÊGO

DESPESA HOSPITALAR (INCLUINDO MATERIAL)	R\$ 2.300,00
EQUIPE MÉDICA	R\$ 4.500,00
TOTAL	R\$ 6.800,00

INCLUSO:

01 DIÁRIA DE ENFERMARIA
01 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE C/ CAFÉ DA MANHÃ

NÃO ESTÁ INCLUSO:

INTERCORRÊNCIAS
LONGA PERMANÊNCIA
MEDICAÇÃO DE ALTO CUSTO
EXAMES
UTI

OBS: VALIDO POR 15 DIAS

Natal, 23 Fevereiro de 2015.

Responsável pelo orçamento
Marilyn Oliveira

Av. Juvenal Lamartine, 979 = Tirol = Natal/RN CEP.: 59022-020
Fone: (84) 3133.4200 = Fax: (84) 3201-1228 = E-Mail: hmemorial@veloxmail.com.br

Clinica ortopedica traumatologica de Natal. S.TDA.

Banco do Brasil

Aq: 8082-9

Conta: 6531-5

R\$ 2.300,00

OK

Falimento. hmenoiol@gmail.com

10 867 887 / 0001-10
CLINICA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA S.TDA
Av. Juvêncio de Azevedo, 112 - L. 1
CEP 50.012-000
Natal-RN

BRABESCO

DATA: 24/02/2015

TRANSFERENCIA: CIP - TITULARIDADE DIFERENTE

DEBITO: CONTA CORRENTE AGENCIA TOMADORA: 5877-7
N. DOCUMENTO 0513239

NOME REMETENTE:
EVANDRO ARAUJO GARCIA

AGENCIA: 5877-7

CONTA: 0001156-8

NOME FAVORECIDO:
MARCOS C REGO

BCO/IF: 001/00000000 AG: 3525 CTA:0000000340693
TIPO CONTA: 01 CNPJ/CPF: 012.031.724-94
FINALIDADE: 01

VALOR DA TRANSF.: 4.500,00
VALOR DA TARIFA: 13,55
TOTAL: 4.513,55

O credito ao Favorecido estara disponivel
apos transmissao ao BACEN.

5877103168240215 0001156-8

4.513,55

BRABESCO

DATA: 24/02/2015

TRANSFERENCIA: CIP - TITULARIDADE DIFERENTE

DEBITO: CONTA CORRENTE AGENCIA TOMADORA: 5877-7
N. DOCUMENTO 0513048

NOME REMETENTE:
EVANDRO ARAUJO GARCIA

AGENCIA: 5877-7

CONTA: 0001156-8

NOME FAVORECIDO:
CLINICA ORT TRAU NATAL LTDA

BCO/IF: 001/00000000 AG: 8082 CTA:0000000065315
TIPO CONTA: 01 CNPJ/CPF: 010.867.687/0001-10
FINALIDADE: 01

VALOR DA TRANSF.: 2.300,00
VALOR DA TARIFA: 13,55
TOTAL: 2.313,55

O credito ao Favorecido estara disponivel
apos transmissao ao BACEN.

5877103167240215 0001156-8

2.313,55



Francisco Gomes Filho e Silva (Nobrega)

- 01 Placa XP unidos fracionados
- 01 diâmetro
- 08 Parafusos unidos fracionados
- Fratura unido - ortossintese

Dr. Marcos Rêgo
Cirurgião de Mão
e Microcirurgia



MATRÍCULA
05637220

LOCALIDADE
260-MACAIBA

SETOR
002

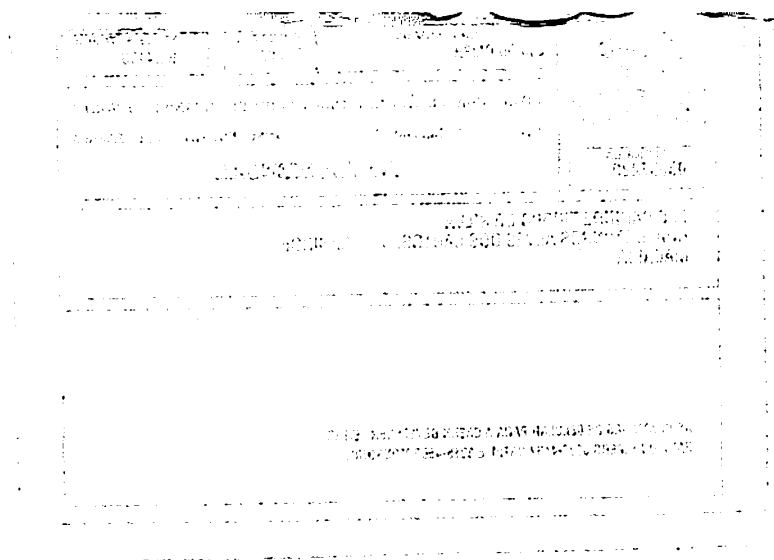
ROTA DE ENTREGA
84.4488

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
CNPJ 08.334.385/0001-35 INSC. ESTADUAL 20.855.426-3

CONTA MENSAL

FCO CANINDE TINOCO DA SILVA
RUA DOMINGOS ALVES DOS SANTOS, N 1 - CANINDE
MACAIBA

AS CHAMADAS DE CELULAR PARA A CAERN DEVEREM SER FEITAS
PARA O NÚMERO 3232-4432 NATAL E 3315-4608 MOSSORÓ.



abr Sep med Hosp.

Excelentíssimo(a) Sr.(a) Dr.(a) Juiz(a) de Direito da(o) **05ª Vara Cível** da Comarca de

NATAL RN:

virtual

Processo: **0807116-34.2017.8.20.5001** ()

(Justiça Gratuita)

Parte Aut.: **FRANCISCO CANINDE TINOCO DA SILVA**

Ajuizamento: 22/fev/17

FRANCISCO CANINDE TINOCO DA SILVA, Demandante na ação dos autos em epígrafe vem, mui respeitosamente, por seu advogado, face despacho desse oferecer

comprovante de requerimento administrativo

cuja juntada requer,

Assim, requer o prosseguimento do feito, com o seu encaminhamento a Exame pericial, conforme consta da Exordial.

P. Deferimento.

JOÃO PESSOA PB, 19 de junho de 2017.

Hallison Gondim de Oliveira Nóbrega

Advogado OAB/PB 16.753 – RN 972-A – PE 1563-A – BA 39042

03 Email - hallisonj@hotmail... x pedido de justiça gratuita... x Seguradora Líder-DPVAT A... x

https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

[Pesquisar](#)

[Nova Consulta](#)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente
Documento Morte
Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados
Informações Gerais

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3150378595 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO CANINDE TINOCO DA SILVA
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A
BENEFICIÁRIO FRANCISCO CANINDE TINOCO DA SILVA
CPF/CNPJ: 35781173404

Posição em 19-06-2017 11:15:02
Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/05/2015	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

11:15
19/06/2017