



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
<b>FRANCISCO CANINDE TINOCO DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>HALLISON GONDIM DE OLIVEIRA NOBREGA (ADVOGADO)</b>
<b>BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS (RÉU)</b>	
<b>MUCIO AURELIO DO NASCIMENTO LUZIA (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
94280 43	22/02/2017 19:54	<a href="#"><u>Acostados 4768</u></a>	Documento de Comprovação
10965 094	19/06/2017 11:20	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
10965 124	19/06/2017 11:20	<a href="#"><u>Documento1</u></a>	Documento de Comprovação

 <b>Nóbrega Advogados Associados</b>	<b>PB JOÃO PESSOA:</b> Av. Cap. José Pessoa, 320 – Jaguaribe CEP 58015-170   Tel/Fax: (83) 3222-6610 <b>RN PARNAMIRIM:</b> Av. Maria Lacerda Montenegro, 2.835 sl. 11 - Nova Parnamirim CEP 59152-600 - Tel.: (84) 3208-9861 <b>PE OLINDA:</b> Av. José Carlos Lima Cavalcante, 3995 - sl. 23 - Casa Caetada CEP 53030-260 - Tel.: (81) 3431-9643 E-mail: <a href="mailto:hallisonjc@hotmail.com">hallisonjc@hotmail.com</a>
--	--

## Procuração

Parte Outorgante	
	<p><b>FRANCISCO CANINDE TINOCO DA SILVA</b>, 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.</p>

Parte Outorgada	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>HALLISON GONDIM DE OLIVEIRA NÓBREGA</b>, solteiro, inscrito na OAB/PB 16.753; RN 972-A; PE 1563-A; BA 39042;</li> <li>➤ <b>MÁRIO VICENTE DA SILVA FILHO</b>, 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.</li> </ul>
-----------------	--

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 judicia 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 específicos 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.

<b>Contratado</b>	<p>Fica <b>CONTRATADO</b>, desde já, que os devidos honorários advocatícios serão na base de <b>20% (vinte por cento)</b> 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 <b>honorários sucumbenciais e os contratuais, tudo em favor do outorgado que o requerer e conforme pacto através do presente instrumento</b>, 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 <b>CONTRATO DE ADESÃO</b>, formalizado, para qualquer eventualidade futura.</p>
-------------------	--

NATAL RN, 18 de agosto de 2016.

Francisco Caninde Tinoco da Silva  
Outorgante  
Ced. 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.

Francisco Canindé Tinoco da Silva  
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, MACAÍBA 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.

*Francisco Caninde Tinoco da Silva*  
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 **ETNIA** Pardo **CARTÃO SUS** -  
**CPF** - **RG** 656783 **ESTADO CIVIL** Casado(a)  
**NOME DA MÃE** MARIA TINOCO DA SILVA  
**NOME DO PAI** MANOEL TINOCO DA SILVA  
**NASCIMENTO** 05/01/1967  
**TELEFONE** (84) 8773-0720  
**RUA/AV.** - **Nº** -  
**COMPLEMENTO** -  
**CEP** 59280-000 **NATURALIDADE** Natal-RN  
**ORIGEM** Ambulância - SAMU **PROFISSÃO** OUTROS  
**ACID. DE TRABALHO** Não **BAIRRO** Centro  
**MOTIVO** **CIDADE** Macaíba-RN  
Acidente de Trânsito / Carro - Objeto Fixo  
usuário Josilma

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)**

Vítima de Colisão com ônibus e mure.  
Mergulhou na concreto.  
Protagonizou deformidade, despejou sangue.  
Foi levado para o hospital.  
Internado dia 09.

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

A	
B	
C	
D	Glasgow 15
E	

<b>OUTRAS OBSERVAÇÕES</b> Abd: inchados	CONFIRME COM ORIGINAIS NATAL/RN, 19/02/2015 SESAP, NAT. N° 154829-2
--	---

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

<b>DIAGNÓSTICO INICIAL</b>	<b>CID</b>
----------------------------	------------

**EXAME FÍSICO / RESSUMARIC**

A

B

C

D

E (ALTER. BLES): \_\_\_\_\_

F (MEDICAÇÃO EM USO): \_\_\_\_\_

G (ATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): \_\_\_\_\_

H (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS): \_\_\_\_\_

I (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): \_\_\_\_\_

J (PASSADO VACINAL): \_\_\_\_\_

K (EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM): \_\_\_\_\_

*Px drs ex AP e Pcpf  
Bols 1P  
Pens dn AP e Pcpf*

**LABORATÓRIO DE ANÁLISES**

*OUTROS*

L (DEPARTAMENTO / MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

M (ANOTAÇÃO DE EXPERTISE)

*Dr. Estácio Aquino  
Cirurgião Toracico*

Assinatura e Carimbo do Representante

Assinatura e Carimbo da Entidade

**ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

Especialista 1:	<i>Orthopedic</i>	HORA: 23:00	DATA: 8/2/15
Especialista 2:		HORA:	DATA:
Especialista 3:		HORA:	DATA:

*Dr. Estácio Aquino  
Cirurgião Toracico  
CRM-RN 2000*



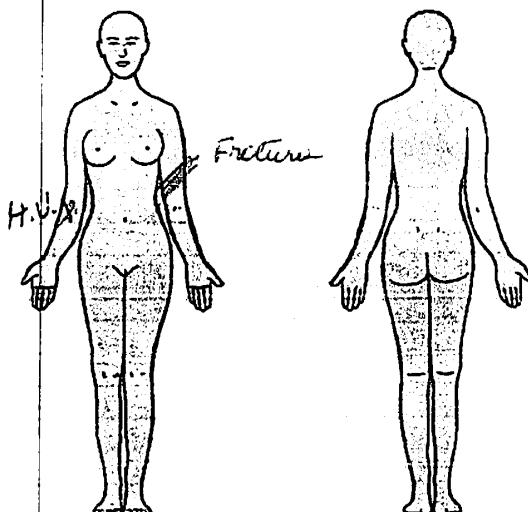
2  
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado de Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walferdo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

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 ( ) GRAVE ( )  
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE ( ) M.V. ( ) ENTUBADO ( ) TRAQUEOSTOMIZADOR ( )  
ALÉRGICO: SIM ( ) NÃO ( ) HIPERTENSO: SIM ( ) NÃO ( )  
DIABÉTICO: SIM ( ) NÃO (x) ASMÁTICO: SIM ( ) NÃO ( )  
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



CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL/RN, 19/10/2015  
SESAP. MAT. Nº 1548282

INSTRUMENTADOR: Ulisses JELCO Nº \_\_\_\_\_ ACESSO CENTRAL: \_\_\_\_\_

CIRCULANTE: Jacinta Costa

TIPO DE ANESTESIA: GERAL ( ) RAQUI ( ) PERIDURAL ( ) B.P.B. ( ) LOCAL ( )

OBS.: \_\_\_\_\_

ANESTESISTA: Dra. Belizânia + Dra. Cíntia Catarina

INÍCIO DE ANESTESIA: 10:35 hs

TÉRMINO DE

ANESTESIA:

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Adm. Cefazolina 2g ev p/ onst (10:35 hs) +

HORA: \_\_\_\_\_

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

INÍCIO DE CIRURGIA:

CIRURGIÃO: Dr. Mário Amor

1º AUXILIAR: —

2º AUXILIAR: —

3º AUXILIAR: —

TIPO DE CIRURGIA: Fratura exposta + limpeza + sutura + talas  
dessecação (M5E).

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: POF

COMPLETA: SIM (x) NÃO ( ) OBS:

ÓBITO: SIM ( ) NÃO (x) HORA: REALIZADO RCP: SIM ( ) NÃO ( )

RESPONSÁVEL PELA RCP:

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

EM AR 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: P.C. com alta no dia 17/07/2018

010) Pac. ora sala cirúrgica, monitorizada pelo anestesista, realizando bloqueio peria braquial no HSE, com sucesso. Feito lavagem com escova fisiológica e POF. Drenagem - Icu, suturas de tecido, colocando tala cerrada sobre cic. de gesso unguilar. Sigue s/ intercorrências. Pac. encontra mto p/ o cro c/ 4.0 em curso no HSD e talas suspiradas no HSE. Sigue por efeito de narcóticos e infiltrados de flaco. PA: 139x88 mmHg, bpr: 69, sct: 96%.

Assinatura do(a) Enfermeiro(a)

Jacinta Costa  
Assinatura do Circulante  
120 488

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Vitoria  
Assinatura do Instrumentador



3

### LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

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

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
<i>Pariente vindo de Acidente de trânsito... colisão no trânsito, sentindo dor intensa na parte</i>			
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO		<i>Transtorno clínico</i>	
PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVA DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)		<i>Sinuso + Re</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL		CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO
<i>Pariente de novo mundo</i>		CID 10 CAUSAS ASSOC.	

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
<i>Liberar de novo mundo</i>					
CÍNICA		CARÁTER DA INTERNAÇÃO		DOCUMENTO	
OBSERVAÇÃO 2		( ) CNS ( ) CPF		Nº DOCUMENTO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE	
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		DATA DA SOLICITAÇÃO		ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
GENTIL FERNANDES DE ARAUJO FILHO		09/02/2015 00:10		<i>Carimbo de autorização</i>	
ACIDENTE		PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
( ) TRÂNSITO		CNPJ DA SEGURADORA		Nº DO BILHETE	
( ) TRABALHO TÍPICO		CNPJ EMPRESA		SÉRIE	
( ) TRABALHO TRAJETO				CNAE DA EMPRESA	
VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				CBOR	
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO					

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		AUTORIZAÇÃO		AUTORIZAÇÃO INTERNADA HOSPITALAR	
		CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		<i>CONFIRME COM DIRETOR</i>	
DOCUMENTO		Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR		<i>19/02/2015</i>	
( ) CNS ( ) CPF				<i>19/02/2015</i>	
DATA DA AUTORIZAÇÃO		ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)		<i>54128</i>	



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

### BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Fernando Carvalho Alves Reg. Nº \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: Franja exposta Vena esquerda

Indicação terapêutica: Desvendar a frana e varo esquerda

### INTERVENÇÃO

INÍCIO: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Operador: Mario Araújo

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

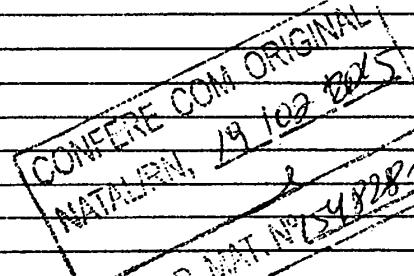
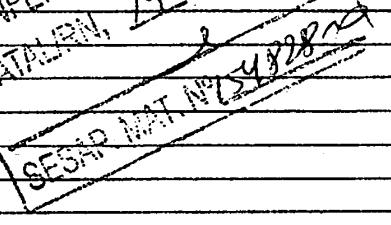
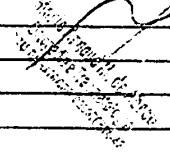
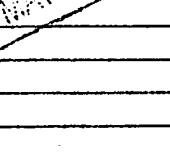
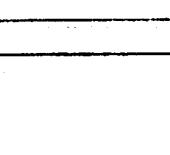
Diagnóstico Operatório – Prognóstico Operatório – Obs.:

Paciente em decúbito dorsal Sos  
anestesiado, Aspiração + Autotransf.  
de sangue escuro, Aspirado. X  
Suturas de cinto e Braço esquerdo  
+ PIPAS de cateteres

ESTE HOSPITAL É MEU, É SEU, É NOSSO.



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

Nome:	Nº Registro:
Serviço:	Leito:
DATA	Evolução Multidisciplinar
09/03/15 Fazenda dos Operários, São Paulo at. Grande 15012	
 	
	
	
	
	
<img alt="Redacted stamp" data-bbox="730	

**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: Fernando Carvalho Moreira Alves Reg. Nº \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: Franjão exposto. Unha esquerda

Indicação terapêutica: Desenvolver a frunha em um estande

### INTERVENÇÃO

INÍCIO: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Operador: Mario Araújo

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.:

Paciente em ótimo estado sóz  
Anestesia, Aspiração + Autoclave  
de fundo escuro, desumido. X  
Suturas de titto em fundo escuro  
+ fiação de condensar

*[Handwritten signature]*

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

40 426

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
UTI: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Data de admissão: 28/02/15  
Altura: 1 / 1

#### 1. Identificação

Nome: Francisco Cenide Timico da Silva Naturalidade: Macaíba  
Idade: 48 anos Sexo:  Masculino  Feminino Data de Nascimento: 05/08/67  
RG: Estado Civil: Casado Nível de Instrução: \_\_\_\_\_  
FILIAÇÃO: PAI: Francisco Cenide Timico da Silva  
MÃE: Francisca Timico da Silva  
Endereço: R. Domingos Alves dos Santos, 01 Centro Cidade: Macaíba  
Telefone: ( ) 3271-3383  Residencial  Trabalho  Recado  
Contato: ( ) 9195-2650 Manguinhos  
Responsável pelo paciente: Francisco Cenide Timico da Silva - Manguinhos  
Endereço do Responsável: 9927, 9833 - Manguinhos - Macaíba

#### 2. Situação Ocupacional do Paciente e Vinculação Previdenciária

Atividade que desenvolve: Mecânico  
Trabalha com vínculo empregatício  Sim  Não  
Aposentado  Sim  Não Benefício da LOAS  Sim  Não Renda: \_\_\_\_\_  
Composição familiar: esposa e 2 filhos

#### 3. Forma de Acesso ao Serviço:

- ( ) Sozinho - procurou atendimento ( ) Trazido por familiares  Trazido 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 é internado devido à crise x parte. Com orientação. Internado pelo oftalmologista. Fazendo orientações, no momento da documentação.

20/02/15 Manguinhos Hospital de Manguinhos -

Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

ESTE HOSPITAL É MEU, É SEU, É NOSSO.

Pág 568



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

## **FICHA DE ANESTESIA**

Paciente: F 20 ANOS T-1-2-00 AF 5016 ASA: I  
Idade: 47 Sexo: M Registro:  
Diagnóstico: FRACOES DE VASO SIST. Data: 09/03  
Cirurgia Realizada: LAVAGEM + SUTURA  
Cirurgião: J. P. P. M. P. Auxiliar:  
Anestesiologista: J. P. P. M. P. Enfermagem:

História Clínica Admisional: \_\_\_\_\_

Técnica Anestésica: \_\_\_\_\_

A black and white photograph showing a dense, rectangular grid pattern, likely a wire mesh or a metal screen, set against a dark background. The grid consists of small, uniform squares.

Inicio: 10. L. - 7,45

Término: 17-12

#### **Anestésicos Utilizados:**

- | ANESTHESIOLOGIST    | TIME              | DRUG       |
|---------------------|-------------------|------------|
| 1. <u>W. J. G.</u>  | <u>11:45 A.M.</u> | <u>1/2</u> |
| 3. <u>G. J. G.</u>  | <u>12:05 P.M.</u> | <u>2/2</u> |
| 5. <u>G. J. G.</u>  | <u>12:30 P.M.</u> | <u>2/2</u> |
| 7. <u>G. J. G.</u>  | <u>1:45 P.M.</u>  | <u>4/2</u> |
| 9. <u>S. C. H.</u>  | <u>2:10 P.M.</u>  | <u>0/2</u> |
| 11. <u>R. C. B.</u> | <u>3:15 P.M.</u>  | <u>3/2</u> |
| 13.                 |                   |            |

2. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
6. \_\_\_\_\_  
8. \_\_\_\_\_  
10. \_\_\_\_\_  
12. \_\_\_\_\_  
14. \_\_\_\_\_

CONFIDENTIAL COM ORIGINAL  
19102126

#### **Encaminhamento:**

CONFIDE COM ORIGINAL  
NATALIRN 19-102 12815  
S-SAC. MAT. NO 154928-4

Assinatura do Anotriônciolesta - CRMA

ESTE HOSPITAL É SEU E MEU E NOSSO

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: <i>07/07/2022</i>	
ANAMNESE <i>Falta de ar para espirar</i>	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <i>Falta de ar para espirar</i>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ****	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)  <i>NO 01. Cefotaxim 160 + 10ml de H2O Volutar 1000 ml 10%</i>  <i>Dr. Leonardo dos S. Correa Ortopedia e Traumatologia Cirurgias de Coxa e Perna PDT: 19/07/2022</i>  Assinatura e Carimbo do Responsável	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM  <i>07/07/2022</i>  <i>Dr. Leonardo dos S. Correa Ortopedia e Traumatologia Cirurgias de Coxa e Perna PDT: 19/07/2022</i>  Assinatura e Carimbo do Responsável
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"/>
<i>Bentil Fernandes de A. Filho Ortopedia e Traumatologia CRM/RN - 5647</i>	
→ Destacar nessa linha e entregar ao paciente após à sua liberação	
DESTINAR	
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: Ceu Claro	
Houve danos ao patrimônio da União?	Não	Data e horário da solicitação:	
Houve solicitação de perícia?	Não	Data e horário do	
A perícia compareceu ao local do sinistro?	Não		

**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:**

**CONDICÃO 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 DESCRIPTIVO 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

<b>CROQUI</b>		Local Preservado		<b>LEGENDA:</b>		
				<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Automóvel</li><li><input type="checkbox"/> Véhiculo Trator</li><li><input type="checkbox"/> Podestro</li><li><input type="checkbox"/> Ponto B</li><li><input type="checkbox"/> Ponto P</li><li><input type="checkbox"/> Ponto C</li><li><input type="checkbox"/> Ônibus</li><li><input type="checkbox"/> Animal</li><li><input type="checkbox"/> Capotagem</li><li><input type="checkbox"/> Caminhão</li><li><input type="checkbox"/> Tombamento</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Incêndio</li><li><input type="checkbox"/> Local da colisão</li><li><input type="checkbox"/> Marcha à ré</li><li><input type="checkbox"/> Placa do Trânsito</li><li><input type="checkbox"/> Trem</li><li><input type="checkbox"/> Conjulado</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Objeto Fixo</li><li><input type="checkbox"/> Ponto A'</li><li><input type="checkbox"/> Ponto A</li><li><input type="checkbox"/> Antos da Colisão</li><li><input type="checkbox"/> Marca do Frangem</li><li><input type="checkbox"/> Véhiculo Ausente</li><li><input type="checkbox"/> Roboque/Semi-roboque</li><li><input type="checkbox"/> Triângulo de Amarração</li><li><input type="checkbox"/> Véhiculo de 2 ou 3 rodas</li><li><input type="checkbox"/> Marcha à frente</li><li><input type="checkbox"/> Patinagem ou Derrapagem</li><li><input type="checkbox"/> Depoço da Colisão</li></ul>		
Latitude do Ponto C: <input type="text"/>		Longitude do Ponto C: <input type="text"/>				
Referência do Ponto A/A': <input type="text"/>		Referência do Ponto B: <input type="text"/>				
Distância AB (m): <input type="text"/>		Distância AC (m): <input type="text"/>		Distância BC (m): <input type="text"/>		
VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Narrativa da Ocorrência:</b> Conforme averiguações realizadas no local do acidente, em Parnamirim, Km 105 da BR 101, verificou-se através dos vestígios, corroborado pelas declarações dos condutores, passageiros e testemunhas, que V1 (FORD/F1000, 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.						
<b>VEÍCULOS ENVOLVIDOS</b>						
Placa: <input type="text"/> MXX-0106	Seqüencial: <input type="text"/> V1	Descrição: <input type="text"/>	Chassi: <input type="text"/> LA7QGP38870	Renavam: <input type="text"/> 00175417803		
Marca/Modelo: <input type="text"/> FORD/F1000	Cor: <input type="text"/> BEGE	Ano: <input type="text"/> 1986	Tipo: <input type="text"/> Caminhão	Empalacamento: <input type="text"/> SAO GONCALO DO		
Ocupantes: <input type="text"/> 1	Espécie: <input type="text"/>	Categoria: <input type="text"/> Aluguel				
Proprietário: <input type="text"/> LINDEMBERG RODRIGUES DA COSTA	CPF/CNPJ: <input type="text"/> 047.188.714-50					
Endereço: <input type="text"/> AV. VEREADOR AILO MENDES, N° 05 - SAMBURÁ	CEP: <input type="text"/> . -					
Município/UF: <input type="text"/> SAO GONCALO DO AMARANTE/RN	Telefones: <input type="text"/> 84 8894 3146 / 84 9474 0066					
<b>COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA</b>						
Placa U1: <input type="text"/>	Placa U2: <input type="text"/>	Placa U3: <input type="text"/>	Placa U4: <input type="text"/>			
Origem: <input type="text"/> BRASIL	Destino: <input type="text"/> BRASIL					
<b>CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO</b>						
Manobra do Véhiculo no Acidente: <input type="text"/> Parado na via	Salida de Pista? <input type="checkbox"/> Não	Derrapagem? <input type="checkbox"/> Não	Capotagem? <input type="checkbox"/> Não	Tombamento? <input type="checkbox"/> Não		
Colisão com Objeto Fixo: <input type="checkbox"/> Não Houve	Colisão com Objeto Móvel: <input type="checkbox"/> Outro véhiculo	Incêndio? <input type="checkbox"/> Não				
Marcas de Frenagem (m): <input type="text"/> 0,0	Estado dos Pneus: <input type="text"/> Bom					
Descrição do Recolhimento:						
<b>DADOS DA CARGA</b>						
Carregamento: <input type="checkbox"/> Carregado	Houve Derramamento de Carga? <input type="checkbox"/> Não	Extensão dos Danos: <input type="checkbox"/> Ilesa	Moeda: <input type="text"/> Real-RS			
Valor Total da Carga: <input type="text"/> R\$0,00	Produto Perigoso: <input type="checkbox"/>					
Descrição da Carga: <input type="text"/> Cavalos.						
<b>ENCAMINHAMENTO DO VÉHICULO</b>						
Tipo de Receptor: <input type="text"/>	Data/Hora da Recepção (hora local): <input type="text"/>	Motivo: <input type="text"/>				
Responsável pela Recepção: <input type="text"/>						
Documento do Responsável: <input type="text"/>						
Município/UF: <input type="text"/>	Descrição do Encaminhamento: <input type="text"/>					
<b>VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET:</b> <a href="http://www.dprf.gov.br">http://www.dprf.gov.br</a>						
DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: <input type="text"/> 29/04/2015 10:24:15						
NÚMERO DE CONTROLE: <input type="text"/> 7cf7f8b7b657397e						

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

Página 2 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

**VEÍCULOS ENVOLVIDOS**

Placa: JTX-4236 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: VO05582 Renavam: 00139048189  
 Marca/Modelo: VW/6.80 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: Saia da 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:**

**DADOS 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: VI/MXX-0106

Nome/Apelido: LINDEMBOG RODRIGUES DA COSTA

Data de Nascimento: 21/10/1970 Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro

Nome do País: AGUINALDO ALFREDO DA COSTA

Nome da Mãe: LURDI MAR RODRIGUES DA COSTA

Endereço: AV. VEREADOR AILDO MENDES, Nº 05 - SAMBURÁ CEP: . -

Município/UF: SÃO GONCALO DO Telefones: 84 8894 3146 / 84 9474 0066 Grau de Instrução: Médio

Naturalidade: SÃO GONCALO DO Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: AGRICULTOR

CPF: 047.188.714-60 Documento de Identificação: 2148545 Orgão 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 Álcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habililitado? 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:

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

Município/UF: Motivo:

Descrição do:

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

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

\* 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/Apellido: Francisco Canindé Tinoco da Silva	Sexo: Masculino	Estado Civil: Casado	
Data de Nascimento: 05/01/1967			
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: MACAÍBA/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 Álcool? Ignorado		

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim	Categoria CNH: AB	Registro CNH: 02188192699/RN	Primeira Habilitação: 10/10/1997
Validado CNH: 07/10/2015	País CNH:	Dormia? Não	Km Percorridos:
Pertences:	Horas Dirigindo: Ignorado		

Informações Complementares:

<b>ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR</b>			
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	Encaminhado para o Hospital Clóvis Sartinho		

**PESSOAS ENVOLVIDAS**

Type de Envolvedo: Passageiro	Veículo: V2/JTX-4236 /	Sexo: Masculino	Data de: 07/09/1987
Nome/Apellido: João Bento Irineu de Souza			
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: 002.651.212	Órgão Expedidor: ITEL/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:

<b>ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO</b>			
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: 7cf7f8b7b657397e	

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



**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 Envolvedo:** Passageiro | **Veículo:** V2/JTX-4236 /  
**Nome/Apelido:** Manoel Ancelmo da Silva Neto | **Sexo:** Masculino | **Data de:** 25/09/1999  
**Nome do Pai:** Francisco Canindé Tinco da Silva  
**Nome da Mãe:** Marizélia Alves  
**Endereço:** Rua Domingos Alves dos Santos, Nº 01 - Loteamento São Franc  
**CEP:** \_\_\_\_\_  
**Município/UF:** MACAÍBA/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 Saínho.

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

**DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:** 29/04/2015 10:24:15  
**NÚMERO DE CONTROLE:** 7cf7fb7b657397e

\* Sómente 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

<b>RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES TRATORES</b>																																																																																																			
<b>Veículo:</b> V2 / VW/6.90	<b>Placa:</b> JTX-4236																																																																																																		
<b>Nome do Agente/Assinatura:</b> LUIZ PINHEIRO BORGES JUNIOR	<b>Nº BOAT:</b> 83314485																																																																																																		
<b>Registro/Matrícula do Agente:</b> 1970159	<b>Data:</b> 08/02/2015 21:40																																																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Descrição do componente</th> <th>Valor</th> <th>Sim</th> <th>Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>Cabine com avarias externas sem afetar: coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta fogo, soleira ou assento.</td><td>P</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>Carroceria com avarias externas na estrutura, sem afetar o compartimento do cargo.</td><td>P</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td>Avarias em pára-brisas(es) (dianteiro ou traseiro), porta-estope, para-choque dianteiro ou perna lateral do chassis (se houver)</td><td>P</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td>Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assento.</td><td>M</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td>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 do união da base da carroceria com o chassis.</td><td>M</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td>Para choque traseiro danificado.</td><td>M</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td>Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.</td><td>M</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td>Avaria em qualquer um do eixos.</td><td>M</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td>Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.</td><td>M</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td>Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.</td><td>M</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td>Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina</td><td>M</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td>Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas</td><td>M</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td>Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.</td><td>G</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td>Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.</td><td>G</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td>Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas.</td><td>G</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>16</td><td>Chassi com regido toricamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassis.</td><td>M</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td>Chassi afetado termicamente na região da suspensão.</td><td>M</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>18</td><td>Chassi com regido toricamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassis.</td><td>G</td><td>X</td><td></td></tr> </tbody> </table>					Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	1	Cabine com avarias externas sem afetar: coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta fogo, soleira ou assento.	P	X		2	Carroceria com avarias externas na estrutura, sem afetar o compartimento do cargo.	P	X		3	Avarias em pára-brisas(es) (dianteiro ou traseiro), porta-estope, para-choque dianteiro ou perna lateral do chassis (se houver)	P	X		4	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assento.	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 do união da base da carroceria com o chassis.	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 do 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 regido toricamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassis.	M	X		17	Chassi afetado termicamente na região da suspensão.	M	X		18	Chassi com regido toricamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassis.	G	X	
Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não																																																																																															
1	Cabine com avarias externas sem afetar: coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta fogo, soleira ou assento.	P	X																																																																																																
2	Carroceria com avarias externas na estrutura, sem afetar o compartimento do cargo.	P	X																																																																																																
3	Avarias em pára-brisas(es) (dianteiro ou traseiro), porta-estope, para-choque dianteiro ou perna lateral do chassis (se houver)	P	X																																																																																																
4	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assento.	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 do união da base da carroceria com o chassis.	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 do 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 regido toricamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassis.	M	X																																																																																																
17	Chassi afetado termicamente na região da suspensão.	M	X																																																																																																
18	Chassi com regido toricamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassis.	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																																																																																																			
<b>ITENS NÃO PONTUÁVEIS</b>																																																																																																			
19	Rodas/rotores		Sim	Não																																																																																															
20	Pára-brisa		X																																																																																																
21	Vidros 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	Lentes (vidros)			X																																																																																															
<b>CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO</b>																																																																																																			
Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	Dano de Pequena Monta:	quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria P																																																																																																	
<input type="checkbox"/>	Dano de Média Monta:	quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M																																																																																																	
<input checked="" type="checkbox"/>	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".																																																																																																			
<b>Observações:</b>																																																																																																			
<p>Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM</p> <p>Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO</p> <p>Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.</p>																																																																																																			
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>

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

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

Página 6 de 9

 <b>MINISTÉRIO DA JUSTIÇA</b> Departamento de Polícia Rodoviária Federal Sistema de Informações Operacionais <b>BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>	<b>OCORRÊNCIA:</b> 83314485 <b>Comunicação:</b> C1847139 <b>* STATUS DA OCORRÊNCIA:</b> Encerrada
---	---

<b>RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES TRATORES</b>			
<b>Veículo:</b> V1 / FORD/11000	<b>Placa:</b> MXX-0106		
<b>Nome do Agente/Assinatura:</b> LUIZ PINHEIRO BORGES JUNIOR	<b>Nº BOAT:</b> 83314485		
<b>Registro/Matrícula do Agente:</b> 1970159	<b>Data:</b> 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 assento.	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 perna lateral do chassi (se houver)	P	X		
4	Cabino com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assento.	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 do 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 rolagem toricamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
17	Chassi afetado termicamente na rolagem da suspensão.	M		X	
18	Chassi com rolagem toricamente 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	Pérola-brisa		X
21	Vidros laterais/traseiros		X
22	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
23	Fardos		X
24	Lâmpadas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
25	Carenagens		X
26	Lentes (vidros)		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>

<b>DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:</b>	29/04/2015 10:24:15
<b>NÚMERO DE CONTROLE:</b>	7cf78b7b657387e

\* 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**

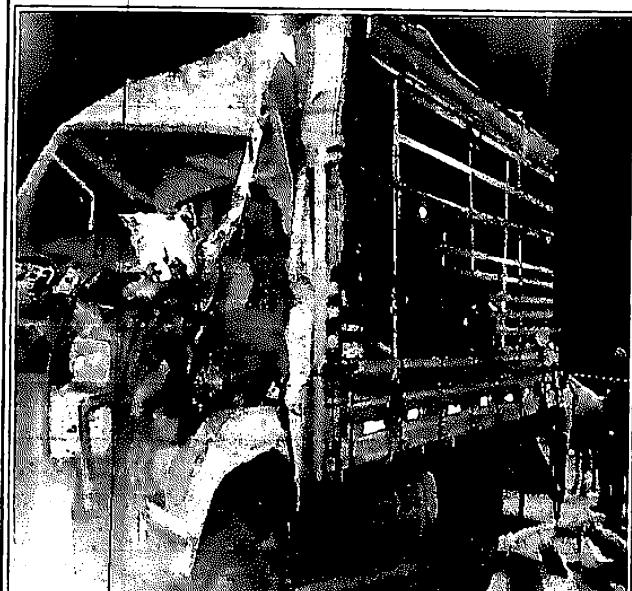
<b>Veículo:</b> V2 / VW/6.90	<b>Placa:</b> JTX-4236
<b>Nome do Agente/Assinatura:</b> LUIZ PINHEIRO BORGES JUNIOR	<b>Nº BOAT:</b> 83314485
<b>Registro/Matricula do Agente:</b> 1970159	<b>Data:</b> 08/02/2015 21:40



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:** 7cf7f8b7b657397e

\* 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

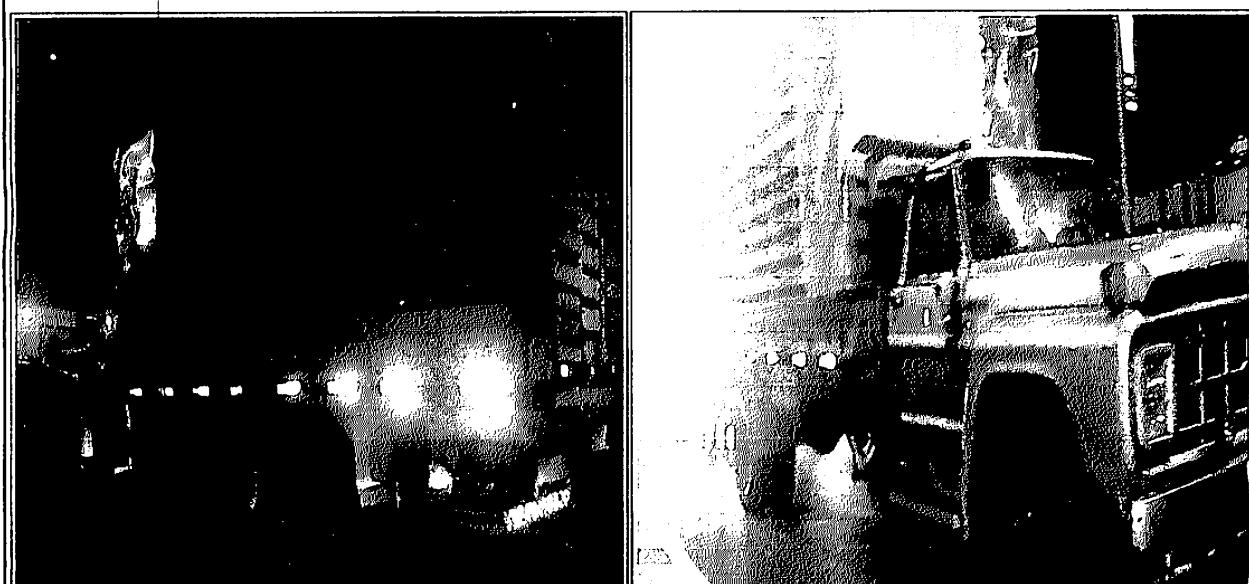
**RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES**

<b>Veículo:</b> V1 / FORD/11000	<b>Placa:</b> MXX-0106
<b>Nome do Agente/Assinatura:</b> LUIZ PINHEIRO BORGES JUNIOR	<b>Nº BOAT:</b> 83314485
<b>Registro/Matricula do Agente:</b> 1970159	<b>Data:</b> 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 1.969.54, data de expedição 23/12/1998 Órgão TJRN, portador  
do CPF nº 580.132.967.68, com domicílio na cidade de Macapá, no  
Estado de RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio São José nº 1, complemento Macacá, 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 Cândido da Silveira

Veículo: CAMINHÃO

Ano: 1983

Modelo: VW

Placa: JTX 4236 PB

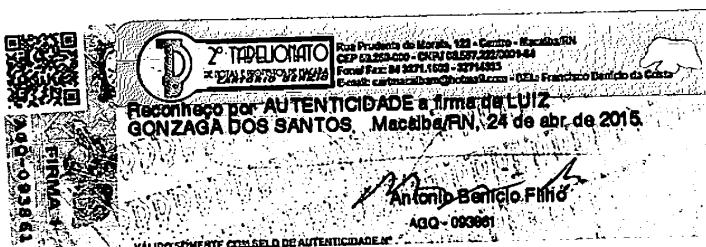
Chassi: VJO 5582

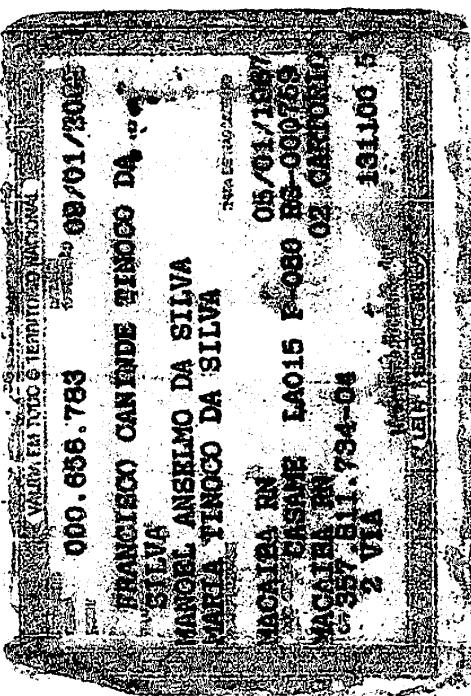
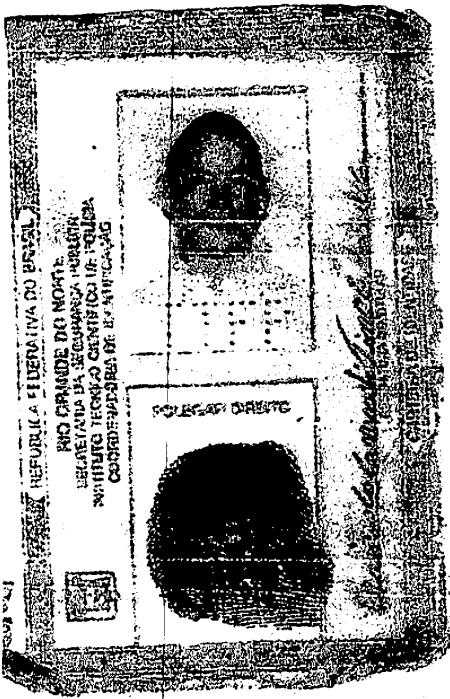
Data do Acidente:

Local e Data: Macapá 24/04/2015

Luiz Gonzaga dos Santos

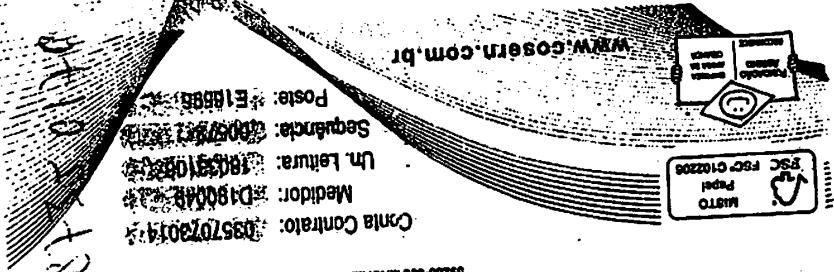
Assinatura do Declarante



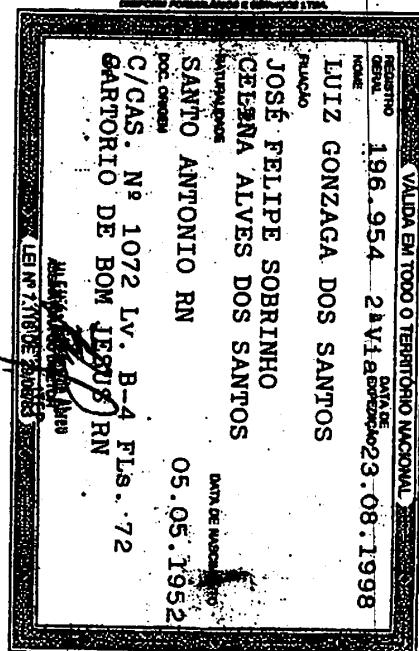
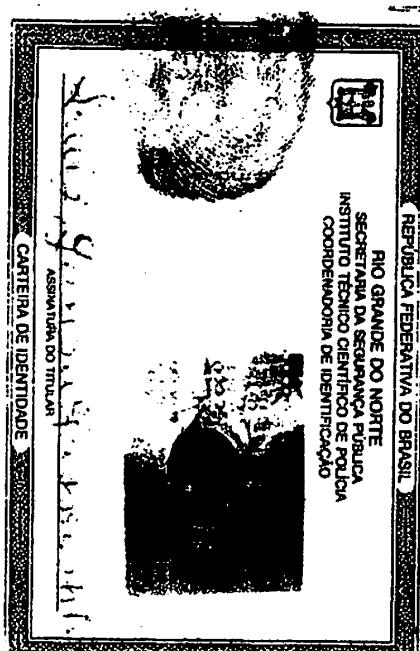




As demonstrações financeiras societárias e regulatórias de 31/12/2011 estão disponíveis no site [www.coserm.com.br](http://www.coserm.com.br).  
ACÕES SIMPLES AJUDAM A MANTER A DENGUE longe DA SUA CASA, DO SEU BAIRRO E ATÉ DA SUA CIDADE. PACA FÔRCA! LUTEM NO DEIXE ÁGUA ACUMULADA.



LUIZ GONZAGA DOS SANTOS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN - 8657/043 - N.º 010463578524  
CERTIFCADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 - CONTRIBUUIÇÃO: R\$ 100,00 - VALOR DA PLACA: R\$ 100,00 - VALOR DO TÍTULO: R\$ 100,00

DUIZ GONÇALVES BASTOS

PLACA: RGO-112-967-18 - DATA: 2009-04-29

PLACANTES: VITÓRIA GONÇALVES BASTOS - MARCA: FORD - MODELO: FUSION - ANO: 2009

VEÍCULO: FUSION - COR: PRETO - PLACA: RGO-112-967-18 - DATA: 2009-04-29

MARCA/MODELO: FORD FUSION - ANO FAB.: 2009 - ANO MOD.: 2009

VEÍCULO: FUSION - COR: PRETO - PLACA: RGO-112-967-18 - DATA: 2009-04-29

VEÍCULO: FUSION - COR: PRETO - PLACA: RGO-112-967-18 - DATA: 2009-04-29

VEÍCULO: FUSION - COR: PRETO - PLACA: RGO-112-967-18 - DATA: 2009-04-29

PREMIO TARIARIA (R\$) - IOP (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO:

TAXAS DETRAN: PAGO - DEVAIS: PAGO

SERVIÇOS: PAGO

NOTA: 02250444722 LOCAL: RIO GRANDE DO NORTE

DATA: 2009-04-29

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

-- CONSULTA EFETUADA COM SUCESSO | MOVTO. E SALDO DO DIA  
 AG: 2758 - MACAIBA, RN | PAG: 001 / 001  
 NOME: FRANCISCO GANINDE TINOCO | OPER: 013 CONTA: 25.029-4  
 DISPONIVEL.: 0,00 | LIMITE FLUTUANTE GIM:  
 SALDO TOTAL: 0,00 | LIMITE CHEQUE AZUL:  
 BLOQUEADO: 0,00

NR.DOC	HISTORICO	VALOR
--------	-----------	-------

F1 AJUDA F4 SALDO DE POUPANCA F7 VOLTA PAG. F8 AVANCA PAG. PON02738  
 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: 000470 AUT: 0055  
 COMPROVANTE DE DEPOSITO  
 NUM.DOC: 0000000  
 AGENCIA/CONTA CHEQUADA: 2758/013/00.025.029-4  
 NOME: FRANCISCO GANINDE TINOCO DA SILV  
 DEPOSITANTE:  
 SEBASITAO JUNIOR  
 VALOR TOTAL: 10,00  
 VALOR DINHEIRO: 10,00  
 Informações, reclamações, sugestões e elogios:  
 SAC CAIXA 0600 726 0101  
 Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7374  
 www.caixa.gov.br  
 1º Via - Via Cliente



### ORCAMENTO HOSPITALAR

PACIENTE: FRANCISCO CANINDE TINOCO DA SILVA

CONVENIO: PARTICULAR

ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA

PROCEDIMENTO: FRATURA DE ÚMERO

MEDICO ASSISTENTE: Dr. MARCOS RÉGO

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

#### 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  
Manoela Oliveira

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

clínico ortopédico traumatológico de natal. & TDA

Banco do Brasil

Ag: 8082-9

R\$ 2.300,00

Conta: 6531-5

OK

Faluramento. hmemorial@gmail.com

10867 687 / 3001-10

CURSA CLÍNICO ORTOPÉDICO DE NATAL LTD

Av. Juarez de Oliveira, 100 - 5º - Natal

CEP 59022-000

Natal-RN

BRADESCO 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	2.900,00
VALOR DA TARIFA :	13,55	13,55
TOTAL :	4.513,55	2.313,55
O credito ao Favorecido estara disponivel apos transmissao ao BACEN.		
5877103168240215 0001156-8	4.513,55	2.313,55

BRADESCO 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.:	2.900,00
VALOR DA TARIFA :	13,55
TOTAL :	2.313,55
O credito ao Favorecido estara disponivel apos transmissao ao BACEN.	
5877103168240215 0001156-8	2.313,55



Francisco Brasão de Armas (escudo)

- 01 Placa com nome funcionário
- 01 Diária
- 08 Porteiros comuns funcionários
- Fraldas úmidas - desossadas

*(Signature)*  
Dr. Marcos Reis  
Cirurgião-Dentista  
CRM-RN 12.122

Av. Juvenal Lamartine, 979 • Fone: (84) 3133-4200 • CEP 59022-020 • Tirol • Natal/RN



MUNICÍPIO  
269-MACAIBA

SETOR  
002

ROTA DE ENTREGA  
84.4488

MATRÍCULA  
05637220

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE  
CNPJ 05.334.383/0001-35 INSC. ESTADUAL 20.055.426-3

**CONTA MENSAL**

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

AS CHAMADAS DE CELULAR PARA A CAERN DEVEM SER FEITAS  
PARA O NÚMERO 3232-4432 NATAL E 3315-4668 MOSSORÓ.

abre desp ned Hsp-

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

Email – hallisonjc@hotmail... pedido de justiça gratuita ... Seguradora Líder-DPVAT A... +

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

Pesquisar

Nova Consulta

**CÓMO 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