

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02731-6

CONTA: 000000013919-X

Nr. da Autenticação 961F1F9A76D02945

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190689857

Cidade: Touros

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO DOS SANTOS

Data do acidente: 07/09/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA E DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO, PRINCIPALMENTE PARA ADUÇÃO HORIZONTAL (20°), ABDUÇÃO 100° E ROTAÇÃO INTERNA (25°) DO BRAÇO ESQUERDO, SALIÊNCIA EM FOCO DE FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA, DIFICULDADE PARA CARREGAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR À ESQUERDA, NEUROVASCULAR DE SEGMENTO ACOMETIDO PRESERVADO. DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.

Resultados terapêuticos: RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190689857
Nome do(a) Examinado(a): Joao dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Boa Cica, 247
Zona Rural Touros RN CEP: 59584-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 422007
Data local do acidente: [07/09/2019]
Data local do exame: [20/12/2019] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA E DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA E DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
NÃO FEZ FISIOTERAPIAS.
Data da Alta: 03/12/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO, PRINCIPALMENTE PARA ADUÇÃO HORIZONTAL (20°), ABDUÇÃO 100° E ROTAÇÃO INTERNA (25°) DO BRAÇO ESQUERDO, SALIÊNCIA EM FOCO DE FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA, DIFICULDADE PARA CARREGAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR À ESQUERDA, NEUROVASCULAR DE SEGMENTO ACOMETIDO PRESERVADO. DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
INVALIDEZ AO NÍVEL DE OMBRO ESQUERDO DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|--|

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. URAÍ DE OLIVEIRA
ORTOPÉDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE TOUROS
Secretaria Municipal de Saúde

Nome: JOÃO CARLOS SILVA

GDR

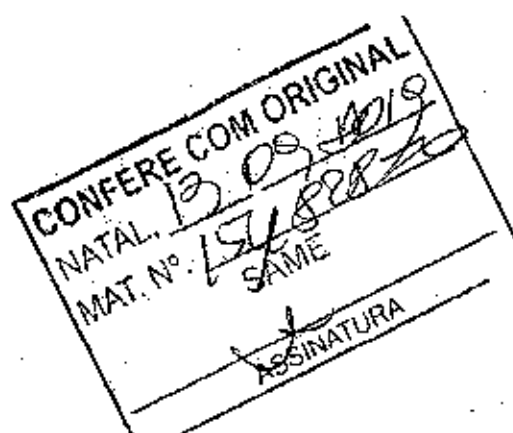
End.: _____

Ao Polígrafo - 1976

Vítima de acidente
motociclístico, com ferimentos
- graves em face e crânio
- lesões internas por
traumatismo

George Medeiros
George Medeiros
Médico
CRM RN 3821

Touros/RN, 07, 09, 73





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 46314/2019

Admissão: 08/09/2019 00:55:16

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 142507 - JOAO DOS SANTOS (60 a 10 m 6 d)

Nascimento: 02/11/1958 Natural: TOUROS, BRASIL

CNS: 705002410520257 CPF: 36602868420

Mãe: ANGELITA SINPLICIO DOS SANTOS Pai:

Logradouro: TABOLEIRO, 1

CEP: 59584000

Bairro: AREA RURAL BOA CICCA

Cidade: TOUROS

Telefone: 84 32327500

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. OUTRA

Tipo: REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 08/09/2019 00:46:12

HORA	P.A.	HGT	SatO2	PIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	PHS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TRAUMA DE FACE E CORTE NA ORELHA ESQUERDA

Hora: _____

Paciente vítima de queda de moto há 3 horas. Sem capote e lesões óbvias. Apresenta lesão na face + parotomia unilateral esquerda. Além disso, apresenta perda de consciência + ataxia.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A um nível médio, 11 cm de nível

B MV + lesão na SIRA

C FC: 86 Sat: 93%

D Glasgow 12.

E escarvas + edema na face.

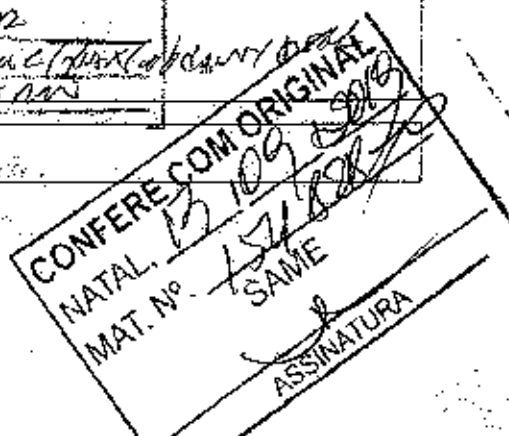
OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abd e pulm p/ auscultação

*Saída: _____

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ. Impresso em 08 de Setembro de 2019.



JOÃO DOS SANTOS

NCR

08.09.19

2h20

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE: 60 a, vítima de acidente de moto há 4 h. Não sabe falar de troches.

EXAME FÍSICO: Glasgow 13 (A03 R14 E05), PRR, sem diáfragma, palpação indolor

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: da coluna C1/C2 -

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***
 TC crânio: HSA t em sulco do cíngulo a direita. Fraturas de outros arco zigomaxilares à esquerda.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)
 01: Observações neurológicas
 TC crânio

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Luana
 MR Neurociência
 CRM/RN 8871

SFO, 97: 1000mm EV

Diprimong 1g + ABD EV 618h. 06/09/19 18:24

Plasil 10mg + ABD EV 818h. 06/09/19 22:22

Assinatura e Carimbo do Responsável

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL: 13/09/2019
 MAT. Nº. 151188-22
 Assinatura e Carimbo do Responsável

CLASSIFICAÇÃO DE COMA (GCS)

03 - Escala (necessidade de intervenção imediata):
 04 - Escala (necessidade de intervenção imediata):
 05 - Escala

* Referência TEASDALE G, JORNEZ B. Escala de coma e escala de Glasgow. São Paulo: Manole, 1974:293-94.

* A escala proposta aplica-se a pacientes com nível de consciência alterado e que não respondem aos estímulos verbais e táteis. Ela não se aplica a pacientes com nível de consciência normal.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pic Poss
0	1	2	3	4

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura dos olhos (AO)	4
Outros se abrem espontaneamente.	4
Outros se abrem em resposta verbal. (Pelo contato com o despertar de uma pessoa desconhecida, se abrem forçando o, se não o 3)	3
Outros se abrem em resposta a dor.	2
Outros não se abrem.	1
Verbal (resposta verbal) (RV)	5
Orientado (Responde corretamente a perguntas sobre nome, idade, endereço, cidade e país, e hora e dia)	5
Orientado (Responde corretamente a perguntas sobre nome, idade, endereço, cidade e país, e hora e dia)	4
Orientado (Responde corretamente a perguntas sobre nome, idade, endereço, cidade e país, e hora e dia)	3
Orientado (Responde corretamente a perguntas sobre nome, idade, endereço, cidade e país, e hora e dia)	2
Orientado (Responde corretamente a perguntas sobre nome, idade, endereço, cidade e país, e hora e dia)	1
Verbal (resposta verbal) (RV)	5
Orientado (Responde corretamente a perguntas sobre nome, idade, endereço, cidade e país, e hora e dia)	4
Orientado (Responde corretamente a perguntas sobre nome, idade, endereço, cidade e país, e hora e dia)	3
Orientado (Responde corretamente a perguntas sobre nome, idade, endereço, cidade e país, e hora e dia)	2
Orientado (Responde corretamente a perguntas sobre nome, idade, endereço, cidade e país, e hora e dia)	1

"ESCALA DE TUBAGEM DO TRAQUEIA REVISADA - RTS"	
DISCRIMINADOR	POSSIBILIDADE
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4 10-12 = 3 8-9 = 2 7-6 = 1 5 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20 = 4 21-24 = 3 25-30 = 2 31-35 = 1 36-40 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90-100 = 4 101-110 = 3 111-120 = 2 121-130 = 1 131-140 = 0

* Escala de Tubagem do Traqueia (RTS) é um índice de referência para a presença de lesão traqueal. Referências: Associação de Cirurgiões de Cabeça e Pescoço, 1994; e a revisão da Escala de Tubagem do Traqueia, 1994.

ORIENTAÇÃO TEÓRICA



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

Identificação

Enfermaria: _____ Leitor: _____ UTI: _____ Leitor: _____
Data de admissão: 05/09/19 _____ Alta: _____
Nome: João dos Santos _____ Naturalidade: Torres (RJ)
Idade: 60a _____ Sexo: (X) Masculino () Feminino Data de Nascimento: 02/11/38
RG: 422.007 35P (RJ) _____ Estado Civil: Casado _____ Nível de Instrução: 1ª série
Filiação: Pai: _____ Mãe: Angélica Simplicius dos Santos
Endereço: Rua G, nº 8, Boa Vista, Z. Rural _____ Cidade: Torres (RJ)
Telefone: 9927-3181 Alameda _____ () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: _____ Outros telefones: _____
Composição familiar: 4 pessoas (Paciente + esposa + 2 filhos)
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: agricultor Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
Interrupção decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública () Outros meios _____
(X) Encaminhado: Hospital de origem: Torres

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não (X) Sim Qual o motivo? Acompanhante legal
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental RG: 145584
Responsável pelo paciente: Maria Raide Silva dos Santos 35P/RJ
Parentesco: esposa Telefone: 9927-3181
Endereço do Responsável: Osmundo

Evolução

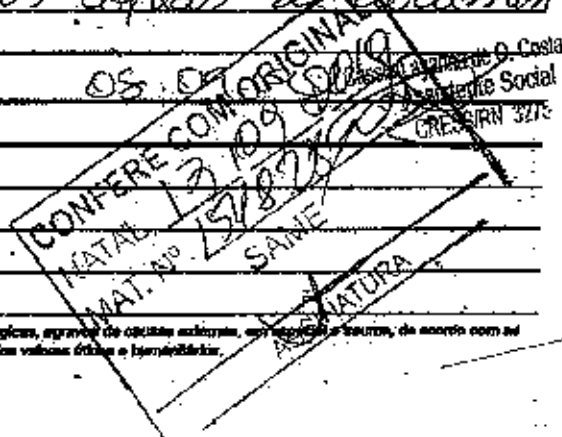
(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na intervenção, visitas domiciliares, encaminhamentos, etc.)

Paciente sofreu queda de muito espina em tratamento pela UTI. Anexadas as cópias de documentos.

Saída

óbito: Encaminhamento: IEP () SVO () DO () Obs. _____
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____

Atenção: Olerover, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



Paciente: 142507 - JOAO DOS SANTOS

FIA: 4-8510/2019

Idade: 60 ano(s) 10 mes(es) e 11 dia(s)

Prescrição Nº: 6

Hospital / Unidade: WG - POLINHO

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1188714

Peso:

Data Internação: 08/09/2019 23:07

Início Validade: 13/09/2019 07:48 até 14/09/2019 18:59

Quarto / Leito: 1 - 26

Médico Resp.: 861-BRUNA FERNANDES DOS SANTO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

13/09/2019 07:49:11 - #NCR - 8º DIH TCE (HSA + OTOLÍQUORRÉIA ESQ)

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL SEM INTERCORRENCIAS

G14 (CONFUSO), PUPILAS ISO/FOTO

SEM DÉBITO LCR PELO OUVIDO HÁ 48h

CD: TC CONTROLE PARA AVALIAR ALTA

Dr. Cleiton V. Pereira
NEUROCIRURGIA
CRM 5199TC control sem
mais exames
CB: Alta do NCR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - BRANDA HIPOSSODICA				3h/3h	SAP	
SOLUÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - SOLUÇÃO DE a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 11,8h	1.000	ML	IV	Contínuo	28gotas/min	
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - DÍPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML Diluição: 8ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h	10 18 24 06	
4 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML S/N sn Obs.: se náuseas ou vômito	1	AMP	IV	8h/8h	06	
5 - FENITOINA 50MG/ML 5 ML Obs.: fazer 02 ml + 15 ml abd iv 8h/8h	2	ML	IV	8h/8h	14 22 06	
6 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.) Obs.: 01 amp + 10 ml abd ev pela manhã	1	FR	IV	24h/24h	06	
7 - TRAMADOL 50MG/ML - 2ML Cilicção: 100ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h	14 22 06	
8 - ACETAZOLAMIDA 250 MG Obs.: COM O PACIENTE	1	COM	VO	8h/8h	14 22 06	
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
9 - CABECEIRA ELEVADA					CONTÍNUO	
10 - CONTROLE HGT Obs.: + PROTOCOLO DE INSULINA REGULAR PADRÃO				8h/8h	11 17 23 06	
11 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS Obs.: + OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA RIGOROSA				8h/8h		

Alta hospitalar

Dr. Cleiton V. Pereira
NEUROCIRURGIA
CRM 5199CLEITON VIEIRA PEREIRA
CRM-5199/RNCONFERE COM ORIGINAL
13/09/2019
MAT. Nº. 791828-22
ASSINATURAMédico: CLEITON V. PEREIRA
EXPER: 20010
TENDU WALFREDO GURGEL
13/09/2019
13/09/2019 07:49

Admissão de Internamento Hospitalar

N° FIA: 8510 /2019

Prontuário: 1188714

Paciente: 142507 - JOAO DOS SANTOS

Cartão SUS:705002410520257

CPF: 36602868420

Dt Nasc: 02/11/1958

Idade: 60 anos 10 meses 6 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: ANGELITA SIMPLICIO DOS SANTOS

Nome do pai:

Rua/Av: TABOLEIRO

Complemento:

Nº:1

Bairro: AREA RURAL BOA

C/CCA

CEP: 59584000

Cidade: TOUROS

Telephone: 84 32327500 84 32327500

Especialidade: NEUROCIRURGIA

Unidade: POLITRAUMA

Le]to: 11

Responsável: JOAO DOS SANTOS -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Admissão: 08/09/2019 23:07:50

Alta

Obito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S06.6 - HEMORRAGIA SUBARACNOIDE DEVIDA A TRAUMATISMO
303040106 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 08 de Setembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: CR. P. 111111

ANAMNESE Acidente motociclista

EXAME FÍSICO Muam leve - corte - contusões do pescoço
adrenais expostas

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA Poli-traumatizado

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Vitória cl an 400
Alta da sala de emergência
Adm curativo da ferida

João Alves Martins
Médico / CRM 2484

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Histórico
Transtorno de ansiedade
Re: Rx de laqueação
Adm curativo da ferida
Adm curativo da ferida

Hausemanni Morais
Assinatura e Carimbo do Responsável
CRM 122.122

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: 05/05/19

HORA: 02:00

SAÍDA:

DATA: 1/1

HORA:

Decisão Médica ☒

A Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: 1/1

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: 1/1

HORA:

SAÍDA:

DATA: 1/1

HORA:

Decisão Médica ☐

A Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: 1/1

HORA:

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A
B
C
D
EA (ALÉRGICAS) Nega

M (MEDICAÇÃO EM USO)

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L (LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL) Identificado

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

1) TC de tórax + costais + Abdo + Abdome
2) Raio X de pelve

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Dr. Wessely

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONDIÇÃO PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Em tempo: 01:55h. TC de tórax: sem evidências
de fraturas ou outras alterações e sem presença
de hemo e/ou pneumotórax. TC de Abd
sem lesões aparentes de vísceras e m. ligand.
livre na cavidade. TC de tórax com contornos laterais
co. Alter da curvatura geral.

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	<u>NRC</u>	HORA: 01:05	DATA: 08/09/2019
ESPECIALISTA 2	<u>Bucamorta</u>	HORA: 01:05	DATA: 08/09/2019
ESPECIALISTA 3	<u>Ortopedia</u>	HORA: 07:50L	DATA: 08/09/19

DESTINO DO PACIENTE:

DATA

HORA

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () JEP



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO

Nome do Paciente: JOAO DOS SANTOS (P.T)

Cód. Paciente: 846

DN: 02/11/1958

Idade: 60 ano (s);

Data Exame: 13/09/2019 - 09:00

Documento: -

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Metodologia:

Obtidos cortes por metodologia multislice, sem o uso de contraste endovenoso.

Análise:

Área hipoatenuante de encefalomalácia/gliose frontal esquerda, de aspecto sequelar.

Sistema ventricular de morfologia e dimensões preservadas.

Não há desvio de estruturas da linha mediana.

Cisternas e sulcos corticais de amplitude dentro dos limites normais.

Restante do parênquima encefálico com coeficientes de atenuação habituais.

Ausência de coleções extra-axiais nos cortes obtidos.

Ateromatose das carótidas internas.

Laudo gerado: 13/09/2019 09:30. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbsrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: huQfmG0X.

Laudado Por:

Dr. Marcelo Jorge Dantas Marques
CRM-RN 5785 / RADIOLOGISTA

Validação





PREFEITURA MUNICIPAL DE TOUROS
HOSPITAL MUNICIPAL MINISTRO PAULO DE ALMEIDA MACHADO
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

102

NOME: JOÃO DOS SANTOS				
NOME DA MÃE: ANGELITA SIMPLICIO DOS SANTOS				
IDADE: 60	D. NASC: 02-11-58	COR: M	ESTADO CIVIL:	TELEFONE:
ENDEREÇO: Boa Liza				Nº
NATURALIDADE: Touros	CIDADE: Touros			UF:
HORA DA ENTRADA: 22.46	DATA: 7-9-19	CARTÃO SUS: 36602868	PESO:	
TIPO DE ACIDENTE:				

ACOLHIMENTO:

TEMPERATURA: SINTOMATOLOGIA:
TA: 36,80 mmHg, PULSO: RESPIRAÇÃO: DEFIC/DOENÇA: () S () N.

ESTADO FÍSICO DO PACIENTE: () PETÉQUIAS () CEFALÉIA () FEBRE () EPISTAXE
() APARENTEMENTE BEM () REGULAR () COM DISPNEIA () CHOCADO () COMATOSO () COM HEMORRAGIA
() POLI TRAUMATIZADO () AGITADO () OUTROS. O PACIENTE ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

HISTÓRICO - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA):

Tram (A 4m, 1 ph 142: Me 2: 20)

EXAME FÍSICO - LESÃO OU AFECÇÃO ENCONTRADA:

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

EXAMES COMPLEMENTARES. DE REGISTRO.

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO SERVIÇO.

() Clínico () Cirúrgico () Ortopédico () Neurológico () Otorrino () Oftalmológico () Cir. Plástica

CONDUTA:

Tram (A 4m 8/ 142: Me 2: 20)
① TENSÃO 420 - (401 82 Me 2)

10 ph 142: Me 2

George Medeiros
Médico
CRM 30.3821

DESTINO DO PACIENTE

1. () Internado 2. () Removido Destino

Retornou-se por: () Decisão Médica () a Pedido () A Revelia () Óbito () Data: / / Certidão emitida sim () Não ()

OBSERVAÇÕES:



HSECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DO RN
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS
AV. JOAQUIM MANOEL, 720 PETRÓPOLES.
CEP 59.012-300. (84) 3232-2656 / 3232-2634
CNPJ 082417540133/95



RECEITUÁRIO MÉDICO

P/ João dos Santos

- Uso Oral

① Ibuprofeno 600s _____ 15g

Tomar 3g de 8/8h por
5 dias.

Natal, 18/05/19

Dr. Diego Garcia Cruz
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia de Mão e Espetro
CRM-RN: 13024 / 110716445
Assinatura do Médico.



SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DO RN
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PAREIRA DOS SANTOS



RECEITUÁRIO MÉDICO

Receita Médica

- Pt João da Santos c/ partur
de 1/3 mês de idade (C) no dia
07/09/19, realizando tratamento exerce-
do. Sem necessidade de albi.

CIN = 5422

Natal, 02/10/19

Dr. Diego Galvão Cruz
Especialista em Traumatologia
e Ortopedia do Ombro e Cotovelo
CRM-RN 16447 / TECT 16447
Assinatura do Médico



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

RECEITUÁRIO

NOME: JOÃO DOS SANTOS MATRÍCULA: _____

Tubo laríngeo L
Área nasal Box Cicca
Tubo - Rn

1.
Alergológica 550g ----- 75 g
Tubo em 4710 Lx dia, por 05 dias
VE

Medicamento - Injeção ----- 80 mg
Usar 100 mg 2/2 dias
Curativo 2/2 dias no ponto de saída
Se necessário nos próximos:
20g 40 ou 60 + - 07:00
Ambulatório de Cirurgia Plástica
CTR / HUB

João Alves Martins
Médico / CRM 2484

DATA 08/09/15

MÉDICO - CRM

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR
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 Salinho

RECEITUÁRIO

NOME: João dos Santos MATRÍCULA: _____

1

100 mg

1 Diamox 250mg — 01 Lx

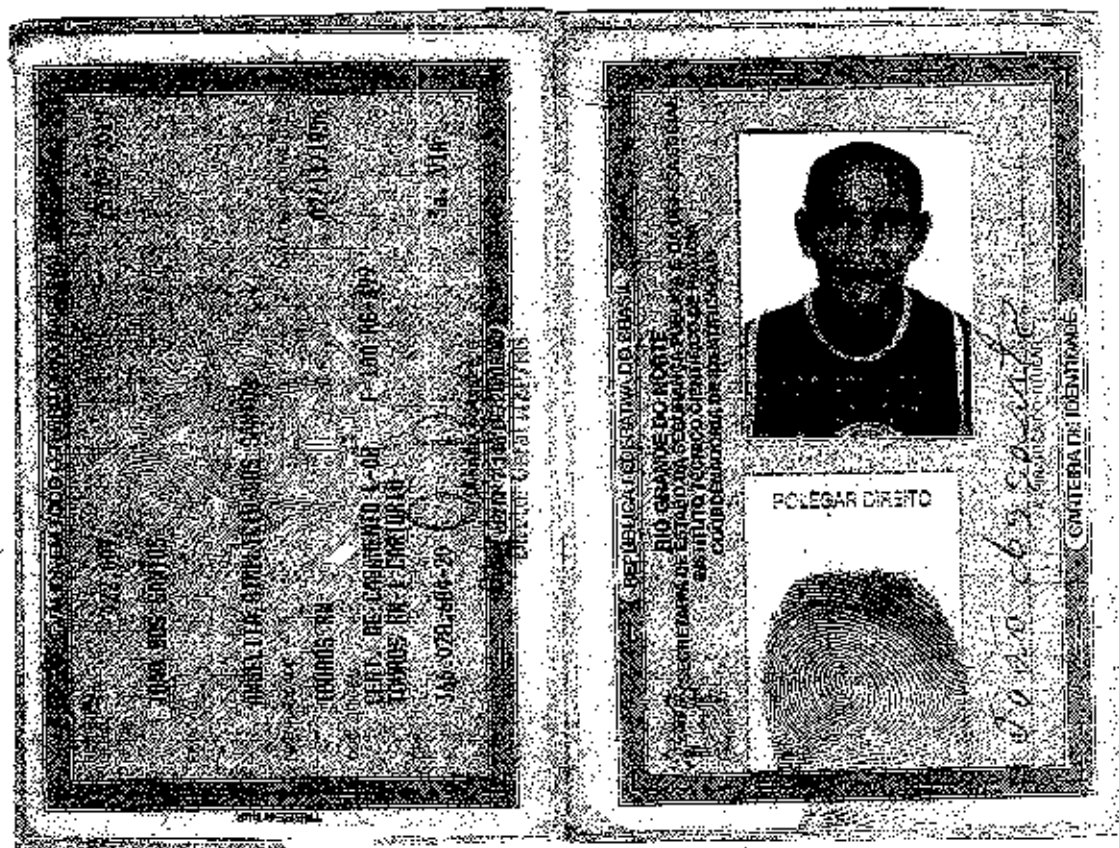
Terminar 01 comp de 100mg

DATA 09/09/19

Dr. Cláudio V. Pereira
Médico - CRM
CRM - 0409

MÉDICO - CRM

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



Vitima

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
366.028.884-20

Nome
JOAO DOS SANTOS

Nascimento
02/11/1958

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **923.980.303-34**

Nome: **FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA**

Data de Nascimento: **26/11/1978**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **12/05/2000**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:02:48** do dia **01/11/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **92B2.76B9.F283.EFC3**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
Nº 014851255299
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1
COD. RENAVAM 00116292069
EXERCÍCIO 2019

ANTONIO PEDRO DA SILVA

365.696.234-00
PLACA ANO/FAB 2008/2008
PLACA MNJ8500

CRASSI
SC2RC08508R136408
COMBUSTÍVEL GASOLINA

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/USO APLICATIVO

SPRCAI MODELO 2008/2008
HONDA/CB 150 TITAN ES

CAP. POT. CIL. CATEGORIA PARTICULAR PRETA

VENC. COTA ÚNICA 13/06/2019

1º 15000
2º 15000
3º 15000

PARCELAMENTO: COTAS

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 00808.3X

DATA DE PAGAMENTO

*** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO ***

MOTOR: RL08558136408

TOUR08/RN

DATA 23/08/2019

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014851255299 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 23/08/2019

VIA 1 COT. DPVAT 365.696.234-00 PLACA MNJ8500

RENAVAM 00116292069 MARCA/MODELO HONDA/CB 150 TITAN ES

ANO FAB 2008 ANO DEP 9 C2RC08508R136408

PREMIO TARIFÁRIO

DESATRAJ (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

DATA DE OUTRUGA

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURO LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.890/0001-04

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

JOAO DOS SANTOS, brasileiro, casado, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº422.007, expedida pela SSP/RN, inscrito no CPF sob o nº366.028.684-20, residente e domiciliado na Rua Povoado Boa Cica, nº 247, Boa Cica, Touros/RN, CEP:59584-000.

OUTORGADA:

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA, brasileira, divorciada, profissional liberal, inscrita no CPF sob o nº 923.980.303-34, com o RG sob o nº 003.359.253 com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes, nº 1026, Santos Reis - Parnamirim/ RN, CEP 59.141.085, E-mail: franciscaseguros@hotmail.com

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder DPVAT e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

PARNAMIRIM /RN, 23 de outubro de 2019.

1º Ofício de Notas

João dos Santos
OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



1º Ofício de Notas e Registros
Rua Bergerak Norberto Mendes, 149 - Centro - CEP: 59.140-290 - Parnamirim - RN
Fone: (84) 3212-3325 - Site: www.1oficioparnamirim.com.br
Eduardo Lima dos Vinhos (180) - Luciana Christine Rodolfo (180) (Substituta)
Reconheço por autenticidade a firma de:
JOAO DOS SANTOS, Douce
Selo Digital: RN201900953/50028993/VNK
Confira a autenticidade em: <http://selodigital.tjrj.jus.br>
Parnamirim/RN, 23 de Outubro de 2019. any.irma 08:30
Em testemunho da Verdade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443424/19

Vítima: JOAO DOS SANTOS

CPF: 366.028.684-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/09/2019

Titular do CPF: JOAO DOS SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA : 923.980.303-34

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAO DOS SANTOS : 366.028.684-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/12/2019
Nome: FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA
CPF: 923.980.303-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190689857

Vítima: JOAO DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 366.028.684-20 4 - Nome completo da vítima: JOÃO DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOÃO DOS SANTOS 6 - CPF: 366.028.684-20
7 - Profissão: REC. INFORM. 8 - Endereço: RUA ADOLFO BOA CIDA 9 - Número: 247 10 - Complemento:
11 - Bairro: BOA CIDA 12 - Cidade: TOUNOS 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59084-000
15 - E-mail: centralseguros04@outlook.com 16 - Tel (DDD): 84 99828-0300

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4886 CONTA: 0000132048
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vulgarmente)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PERNAMBUCO, 03/12/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Horário: loterias de segunda-feira a sábado, às 14h

280 47520305-8

04/07/2019

Horário de 14h30:00

Ed. 17.010/17-5

TERM 039002

LOCALIDADE: LOURDES

NO. VINCULADA: 1885

CONTROLE: 280101159

COMPROVANTE DE ABERTURA EM POUP CAIXA FACIL

NUM. JOÃO-DOS-SANTOS

ABERTURA: 4888

INTERCAUS: 013

QUOTA DE: 000.000.013.000-0

~~000.000.013.000-0~~

LOTERIAS CAIXA

280 47520305-0

13-VIA



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE TOUROS

Endereço: AV. ADRIANA DANTAS RIBEIRO, S/N. CENTRO, TOUROS

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019049001062

1.2 Data de Expedição: 07/10/2019 10:10:33

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 07/09/2019 17:00:00

2.2 Autoria: Conhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Plágio: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Rural

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIO E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOAO DOS SANTOS

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai:

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: ANGELITA SIMPLICIO DOS SANTOS

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 36602868420

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 02/11/1958

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.14 RG: 422007 - ITP/RN

3.15 Telefone(s): 84 992173181

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 80

3.18 Naturalidade: TOUROS RN

3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA DO TABULEIRO "G", BOA CICA

3.23 Cidade: TOUROS

3.24 CEP: 59584000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

8.1 HISTÓRICO

A VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA COMUNICAR QUE SAIU DE CASA GUIANDO A MOTO DE PLACA NNJ- 8F00, PARA COMPRAR UM REMÉDIO EM TOUROS/RN, PARA A PRÓSTATA, QUE NA VOLTA PARA CASA, NO LOCAL E DATA DO FATO ACIMA MENCIONADO UM CAMINHÃO COM OS FARÓIS ALTO, QUE FEZ A VÍTIMA SE ENCANDEAR, DAÍ A VÍTIMA SAIU FORA DA PISTA E PERDEU O CONTROLE DA MOTO, QUE CAIU FICANDO DESACORDADA, ONDE SOFREU VÁRIAS LESÕES PELO CORPO, QUE SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE TOUROS EM SEGUIDA ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL EM NATAL/RN E DEPOIS TERMINOU O TRATAMENTO NO HOSPITAL RUI PEREIRA EM PARNAMIRIM/RN, CONFORME A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA, QUE NADA MAIS DECLAROU.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

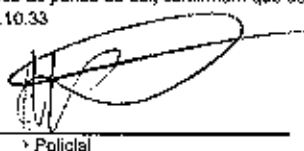
INTIMA PARA COMPARECE A AUDIÊNCIA DIA 21.10.2019, ÀS 11:30, NA COMARCA DE TOUROS, PARA RESPONDER PROCEDIMENTO POR DIRIGIR SEM HABILITAÇÃO.

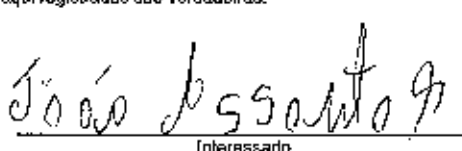
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 07/10/2019 10:10:33


Declarante


Interessado



Polígono direito

Atendimento: 965219 - MANOEL CLÁUDIO BRITO FIRMINO

Impressão por: 965219 - MANOEL CLÁUDIO BRITO FIRMINO em 07/10/2019 10:11:29

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2019049001062