

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: 09/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALLAN PABLO BATISTA NUNES

BANCO: 756

AGÊNCIA: 04194

CONTA: 000000023161-4

Nr. da Autenticação BAC1A555BE51796A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170565238 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALLAN PABLO BATISTA NUNES **Data do acidente:** 20/06/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2017

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FEMUR DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MI DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / MI DIREITO: 25% DE 70%

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:




▼ Dados do Veículo de placa OWA4270

Placa	Renavam	Placa Anterior	Tipo	Categoria	Unidades
OWA4270	598116672	OWA4270/RN	4-MOTOCICLETA	2-Aluguel	2
Marca/Modelo		Fabricação/Modelo		Passageiro	Carroceria
002863-HONDA/CG150 FAN ESDI (Nacional)		2013/2014	0	11-PRETA	999-NAO APLICAVEL
Nome do Proprietário					Re cadastrado DETRAN
DREYDE SANDRA DE CARVALHO					DetranNet
Proprietário Anterior					Situação Lacre
CIRNE COM E SERV DE MOTOS LTDA					REGULAR Portaria 272/2007
Município de Emplacamento		Licenciado até			DENATRAN
NATAL		2016 em 31/10/2016, Licenciamento Anual no lote 010284, AR=RD9829164408R (CRLV emitido)(Via 1)			
Restrição à Venda				Adquirido em	Situação
Alienação Fiduciária em favor de BANCO HONDA S/A				20/12/2013	Em Circulação

Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame

Nenhuma informação pendente até esta data

Impedimentos

Nenhum impedimento registrado até esta data

▼ Listagem de Débitos
▼ Infrações em Autuação
Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.
▼ Listagem de Multas
Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.
▼ Último Processo

Processo 25035203/2015 Interessado 03386755402 Início em

12/11/2015 às 13h00min

Situação
Encerrado

Final em

12/11/2015 às 14h15min

Serviço

Mudança de Categoria Em 12/11/2015 às 13h00min por 15561372491

Geração de guia de pagamento Em 12/11/2015 às 13h00min por 15561372491

Auditoria Em 12/11/2015 às 14h15min por 22259376487

Emissão CRV(1ª via) Em 12/11/2015 às 14h17min por 43041477491

▼ Recurso de Infração
Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.
▼ Histórico de Impedimentos
Nenhum impedimento cadastrado para este veículo.

**Não Possui valor como
NADA CONSTA !**

[Voltar](#)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
DIRETORIA DE TRÂNSITO

Nome: ALLAN PABLO BATTISTA NUNES

DOC. NACIONAL / CRÉDITO NACIONAL
17/2866 - ITB

CPF: 032.867.854-02 DATA Nascimento: 16/07/1978

PROACAO: LEONIL PEREIRA NUNES
MOTOR: FRANCISCA DAS CHAGAS
BATTISTA NUNES

FINANCIAMENTO: 1234386185

VALOR DO TÍTULO: 036496-31400 VALOR DA MULTA: 30/03/2021

VALOR DA MULTA: 26/05/2006

DETALHES DO TÍTULO:

VALOR DO TÍTULO: 036496-31400
VALOR DA MULTA: 30/03/2021

VALOR DA MULTA: 26/05/2006

VALOR DA MULTA: 13/05/2016

VALOR DA MULTA: 04604227194
VALOR DA MULTA: 04702398020

1234386185





CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 25802 - ALLAN PABLO BATISTA NUNES (38 a 11 m 4 d)

Sexo: M Cor: PARDA

Nascimento: 16/07/1978 Natural: NATAL-BRASIL

CPF: 03386755402

Prof:

CNS:

Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS BATISTA

Pai:

Logradouro: ATOL DE SAO PEDRO, 1450

Cidade: NATAL

CEP: 59015380

Bairro: POTENGI

Compl:

Telefone: 84.88424859

Motivo: MOTO X CARRO - COLISAO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 20/06/2017 17:39:31

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
120/80		9.8			20	77			

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: DOR EM Perna D/COLISAO CARRO-MOTO

Hora: 17:50 Paciente trazido pelo SAMU, vítima de colisão carro-moto, bê onça de 1h30-min. Estava usando capacete no momento do acidente. Relata perda de consciência por pouco tempo (segundos, etc). Refere dor em M/D e imobilidade da perna. Nega vômitos, náuseas, febre, dor.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas patentes / sem cervicalgias
- B Espasmos / MVA+, bilateral, análgico, sem RA
- C Estável hemodinamicamente / RCR, 27, BNT, sem sopro
- D Consciente e orientado / Glasgow 15
- E Abdução em M/D em regras de coxa, doloroso à palpação.

OUTRAS OBSERVAÇÕES

ABP: globoso, firme, indolor à palpação.

IMT: supracitado.

*Saida:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

9.0.0

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

P
G
C
WA (ALERGIAS): Nigro

B (MEDICAÇÃO EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQUIDOS ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRÂMBA):

V (PASSADO VACINAL): primeira dose feita, 6º aniversário

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM):

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Puni x Coka (D)

COMUNTA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- Voltar 75 1 = 01 p.m
18:10Alce C. 46Maria Beyona Lima Júnior
Cirurgia Geral e Videolaparoscopia
CRM - 4997

OUTROS

CRM - 4997

ASSISTENTE DE ENFERMAGEM

2011
828451
15/01/11

Assistente e Cuidado do Recém-nascido

ENCANTHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:

UCL

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2:

EDUARDO A

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

Maria Beyona Lima JúniorCirurgia Geral e Videolaparoscopia
CRM - 4997

EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO

Y

B

C

D

E

F

A (ALERGIAS):

Nenhum

B (MEDICAÇÃO EM USO):

C (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

D (LIGAS ALIMENTOS INGERIDOS):

E (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

F (PASSADO VAGINAL):

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Puni x Coxa (D)

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- Coluna 75 = 81 p M
18:40

Abd. C. 40

Anaísa Bento Lima Lima OUTROS

Cirurgia Geral e Videolaparoscopia
CRM-4897

Assistente de Enfermagem

Anaísa Bento Lima Lima
Cirurgia Geral e Videolaparoscopia
CRM-4897

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: NCR

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2: ORTOPEDIA

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

Anaísa Bento Lima Lima
Cirurgia Geral e Videolaparoscopia
CRM-4897



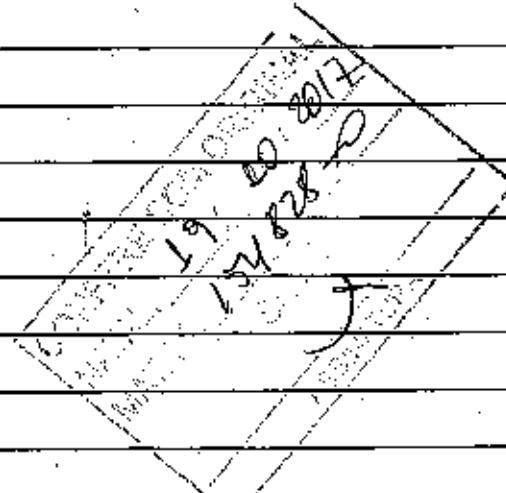
Nome Abinan Pablo B. Nunes

Leito: _____ Idade: _____ Nº Registro: _____

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 20/06/17 Hora: 09:00
Paciente com História de Audiente hetero-otis-
trico com trauma em náde com fratura
estafíssia do Fémur (6)

DR. GIAN GUARNIERE R. JANNIS
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
2008-191-507-1011



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Alan Pablo Batista Nunes</i>	6 - DATA DE NASCIMENTO <i>16/07/1978</i>	7 - SEXO <i>M</i>	8 - MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/>	9 - FEMININO <input type="checkbox"/>	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Francisco dos Chagas Batista</i>	11 - N.º DO PROTOCOLO <i>848892-4854</i>
---	---	----------------------	--	--	--	---

12 - ENDERECO (BLA, N.º) <i>Hotel de São Pedro, Potengi</i>	13 - MUNICÍPIO <i>Natal</i>	14 - BAIRRO <i>Potengi</i>	15 - UFF <i>RN</i>	16 - CEI <i>59015380</i>
--	--------------------------------	-------------------------------	-----------------------	-----------------------------

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Fistula diafragmática de fermeur

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Rx + Cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA: DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fistula ex Rx</i>	21 - CID INICIAL <i>T12</i>	22 - CID SECUNDÁRIO <i>T12</i>	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
--	--	--------------------------------	-----------------------------------	------------------------

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>intervento cirúrgico</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0415030012</i>	26 - TIPO / CLÍNICA	27 - CARATÉRICA INTERNAÇÃO <i>19/07/2012</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
29 - DT SOLICITAÇÃO	30 - CNPJ, CPF	31 - ASSINATURA E CARAMBO (Nº REG. CONSELHO)	<i>0408050519</i>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)				
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N.º DO BILHETE	35 - BONUS	
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -	
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	DESCRICAÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL			
41 - CID PRINCIPAL				
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVISSIMA	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - DT AUTORIZ	48 - CNS / CPF	49 - ASSINATURA E CARAMBO (Nº REG. CONSELHO)	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - DT AUTORIZ	52 -	53 - ASSINATURA E CARAMBO (Nº REG. CONSELHO)	54 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
								<i>0408050519</i>
								<i>S 72 - 3</i>

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walíredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Alon Pablo Batista Nunes</i>	6 - N° DO PROTOCOLO
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>16/07/1978</i>
9 - SEXO <i>M</i>	10 - GÊNERO <i>MASCULINO</i>
11 - TELEFONE DE CONTATO <i>84 8842-4859</i>	12 - ENDERECO (RUA, N°) <i>Av. de São Pedro, Potengi</i>
13 - MUNICÍPIO <i>Porto</i>	14 - BAIRRO <i>Porto</i>
15 - UF <i>RN</i>	16 - CEP <i>59015380</i>

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura diafisária de fêmur.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Rx + Cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA: DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REAIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura ex Rx</i>	21 - CID INICIAL <i>T12</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
--	--------------------------------	---------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>reverendo cirúrgica</i>	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>V/U</i>	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>6415010012</i>	29 - CID PRINCIPAL	30 - CNPJ, CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
32 - CID SECUNDÁRIO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N° DO BILHETE <i>0408050518</i>	35 - BONUS
36 - CID TERCIÁRIO	37 - CNPJ	38 - DESCRIÇÃO / CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL <i>Fratura diafisária de fêmur.</i>	39 - DT SOLICITAÇÃO <i>10/08/2008</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

40 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	41 - CID PRINCIPAL	42 - CID SECUNDÁRIO	43 - () GRAVE	44 - () GRAVÍSSIMA
45 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	46 - CID TERCIÁRIO	47 - CID TERCIÁRIO	48 - CNPJ / CPF	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - DT AUTORIZ	52	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
55 - DT AUTORIZ	56 - DT AUTORIZ	57 - DT AUTORIZ	58 - DT AUTORIZ	59 - DT AUTORIZ

AUTORIZAÇÃO

60 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	61 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	62 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO
63 - DT AUTORIZ	64 - DT AUTORIZ	65 - DT AUTORIZ
66 - CNPJ / CPF	67 - DT AUTORIZ	68 - DT AUTORIZ
69 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	70 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	71 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)



IDENTIFICAÇÃO

Nome: ALLAN PABLO B. NUNES Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA DE FEMUR (1)

Indicação terapêutica: TRACAO TRANSOSCILATICA Urgência (X) Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 20/6/17 Início: Término: Duração:

Operador: DR. JEAN GUENINEN CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

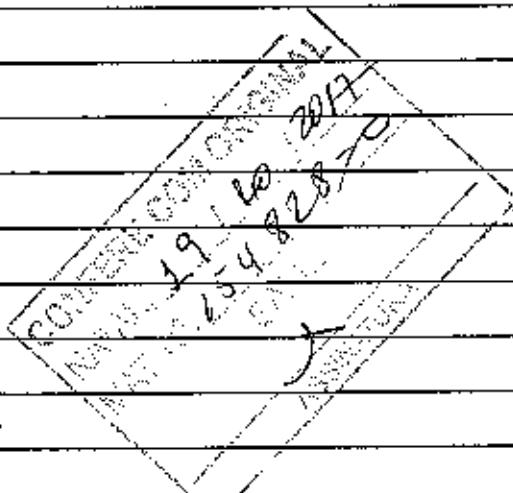
Instrumentador:

Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

1º PAPEL: EM DESEMBOLDO DORSAL SOB RAQUIMULTIFLOROSA
2º ASSEPSIA + ANTI-SÉSIS + ADESIVO NO CAMPO CIRÚRGICO
3º TRACAO TRANSOSCILATICA DA TIBIA (1)
4º CURVATURA.

*DR. JEAN GUENINEN MARTINS
CRM/CRO: 100.000.000
CIRURGIA DE TRAUMATOLOGIA*



Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?



ATLÁN MÁRCIO B. MUNIZ

Nome:

do Registro:

Serviço:

Idade:

Sexo:

36

DATA

Evolução Multidisciplinar

20/06/14 0410PM/14

- Fratura do tornozelo
- Fractura esquerda
- N/A

DR. GECI GUARNIERE R. DANTAS
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGIA
CRM 4781 TEC/1004

23/06/14 Ortopedia

Paciente evolui Bem, sem alterações
Abertura N/A

DR. GECI GUARNIERE R. DANTAS
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGIA
CRM 4781 TEC/1004

28/06/14 Ortopedia

Revisão N/A

DR. GECI GUARNIERE R. DANTAS
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGIA
CRM 4781 TEC/1004

29/06/14 Ortopedia

Paciente evolui bem, abo, N/A

DR. GECI GUARNIERE R. DANTAS
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGIA
CRM 4781 TEC/1004



Nome:

ALLAN MACHADO B. NUNES

NR Registro:

Serviço:

idade:

Idade:

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
20/06/14 04:10PM/14	- fractura do fêmur. ② - fratura tibial - N/A
27/6/14 Ortopedia	Parte: evoluta Bem, sem alterações Abordagem N/A
28/6/14 Ortopedia	Abordagem N/A
29/6/14 Ortopedia	Parte: evoluta Cianura, ótico, N/A

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Allan Pablo Batista Nunes, portador(a) do RG nº 1772966 e inscrito(a) no CPF sob o nº 033.867.554-02, residente e domiciliado(a) à R. Afonso de São Pedro, 1450, São Pedro, Potengi, na cidade de Natal, UF RN, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado(a) 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x Allan Pablo B. Nunes

Assinatura do declarante (conforme
documento de identificação)

Natal-RN, 18 de Outubro de 2017



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

POLÍTICAS DE OPERAÇÕES

Resumen de claves

300

BOAT 96199

Local R: JAGUARARI C/ R: AURELIO PINTHEIRO Bairro PARQUE VERDELHO
Cidade/UF NATAL - RN N.º lot. POMARÃO 3000 DA TERRA
Data 23/05/2014 Hora do acidente 16:00 Hora do registro 17:00 Dia da semana 31/05/14

<http://www.pearltrees.com>

- Cetaking Frontal
 - Cetaking Posterior

- Cát-xê Lateral
- Cát-xê Traversyal

- ~ Capitamento
- ~ Chompe

- ❑ → Afspiegelsternto...
- ❑ → Querentst...

3 - VERIFICACAO
Placa ou Chassi OVA 42.40 Cidade NATAL UF RN
Marca/Modelo MONDA 20 160 FAN Cor PRETA Ano 2013 / 2014
Proprietário FELIX DE SANTOS DE CARVALHO N° de Ocupantes 01
Condutor ALEXANDRE BASTOS PINHEIROS Data de Nasc. 16/03/1978
Endereço R. ATOL DO BAIU COPO
Bairro PONTA Negra CEP 59047-6595
UF RN CNH N. 03849531480 Validade 30 / 03 / 2021 Categoria "A"
Local de Trabalho R. 25 DE MARÇO NACIONAL BRASIL N. 944 Bairro N. DESEMBARQUE Cidade NATAL
UF RN

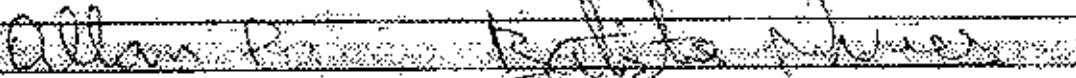
Placa ou Chave	N22.003	Cidade	PADRE IRACEMA	UF	PI		
Marcadão	CE00000003	Cor	PRATA	Ano	2011		
Proprietário	ANGELA MARSSA RICARDO DOS SANTOS	Nº de Ocupantes	01				
Condutor	A. MARSSA	Data de Nasc.	24/06/1983				
Endereço	R. AÇAIL PAMPILHA DE MENESES	Nº	1509	Fone	99916-1236		
Bairro	NOVA PERNAMBUCO	Cidade	PADRE IRACEMA	UF	PI		
CPF/Nº	009.046.664-84	CEP/Nº	6496680398	Validade	07/09/2023	Categoría	AB
Lugar de Trabalho	FERREIRO			Fone	3026-9400		
	AV. ALEXANDRINO DE ALMEIDA	Nº	568	Bairro	ALECRIM	Cidade	NATAL

Placa no Chassi _____ Cidade _____ UF _____
 Motor N° _____ C.R. _____ Ano _____
 Veículo _____ Série _____ N.º de Capacete _____
 Corridas _____ Data de Nasc. _____
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Início _____ Cidade _____ UF _____
 C.R. N° _____ Altitude _____ Cidade _____
 Local de Trabalho _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

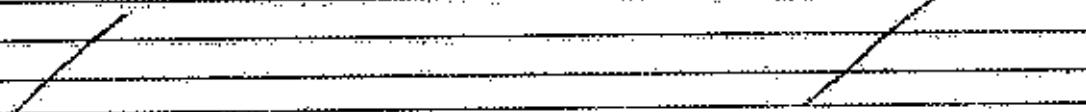
Plano ou Class.	Cidade	UF
Mun/Zip/Mod.	Car	Setor
Proprietário		Nº de Ocupantes
Condutor		Data de Nasc.
Federativo	Nº	Esposa
Polícia	Cidade	UF
CEP	Voltar	Categoria
Local de Trabalho	Nº	País
	Bairro	Cidade

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

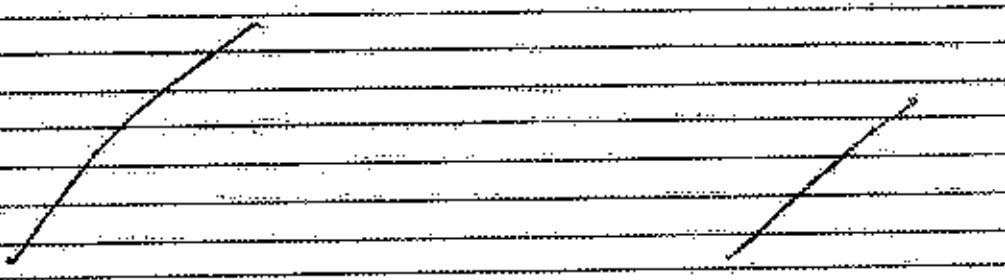
VEHÍCULO V1 - Em que Rua/Av. Transitava? R. SAGRADA Em que sentido? CENTRO - LAGOA NOVA Em que hora? 08:00 Versão do condutor: INFORMA QUE TRAJE NORMALMENTE, E DE REPENTE VEI ENTROU NA RUA FRENTE CAVANDO A CONSTRUÇÃO, VEI ANDA TENTOU DESVIAR MAS NÃO CONSEGUIU.

Assinatura do Condutor da V1 

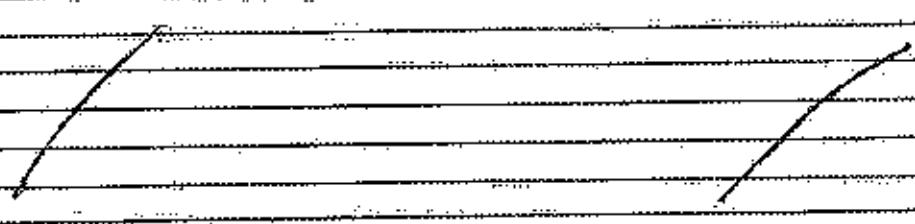
VEHÍCULO V2 - Em que Rua/Av. Transitava? R. SAGRADA - SAÍDO DA RUA ANTÉLIO PINHEIRO Em que sentido? L. NOVA - CENTRO Em que hora? 08:00 Versão do condutor: INFORMA QUE TRAJE, NORMALMENTE, E AO ALCHEAR A RUA SAGRADA PAROU E EM ALGUM MOMENTO VISUALIZOU VEI, E AO VENIREM A MANOPODA VEIO A COLIDIR FRONTALMENTE EM VEI.

Assinatura do Condutor do V2 

VEHÍCULO V3 - Em que Rua/Av. Transitava? _____ Em que sentido? _____ Em que hora? _____ Versão do condutor: _____

Assinatura do Condutor do V3 

VEHÍCULO V4 - Em que Rua/Av. Transitava? _____ Em que sentido? _____ Em que hora? _____ Versão do condutor: _____

Assinatura do Condutor do V4 

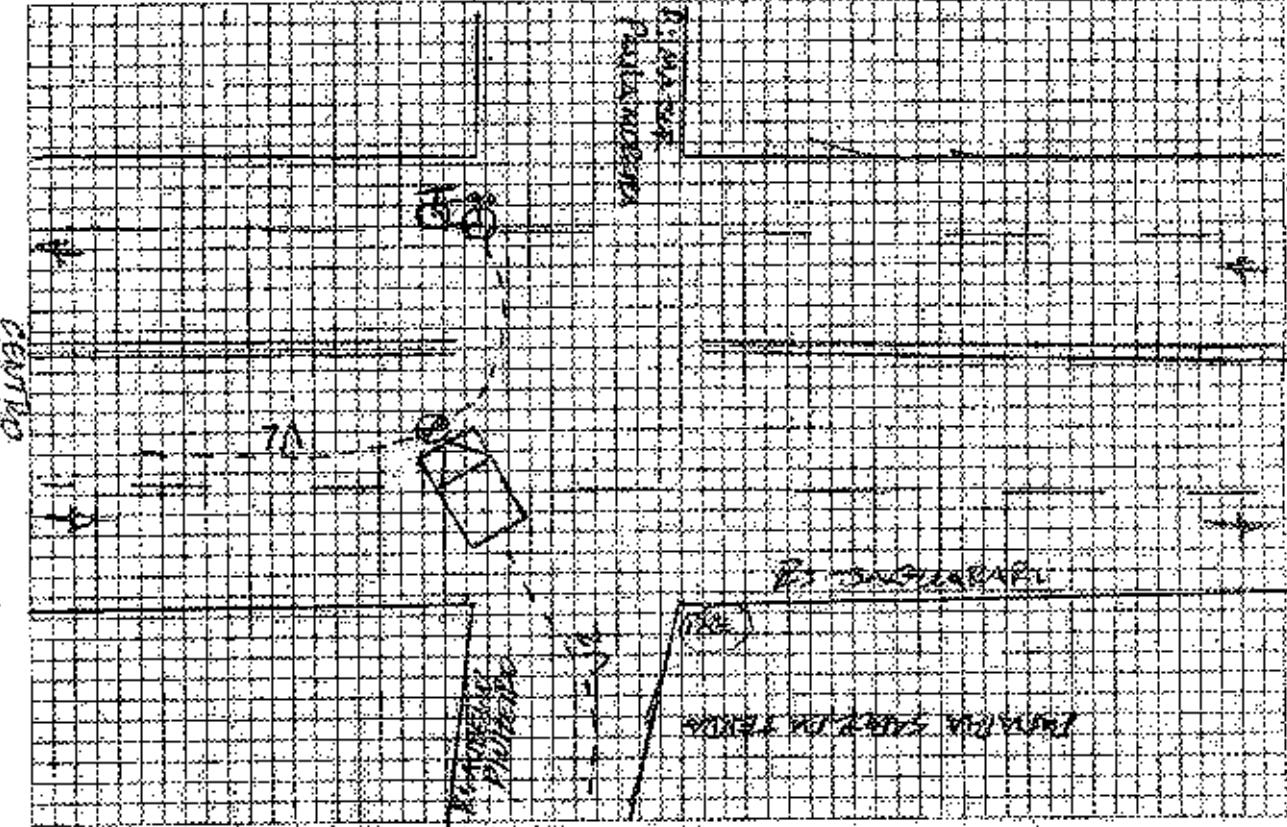
96199

8 - CONDIÇÕES DA PISTA

Condição	Cond. Visão	Tipo da Pista	Carreg. Pista	Cond. Pista	Classificação
Amanhecerendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Rolo	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Incidência
Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Pavimentado	<input type="checkbox"/> Cháva	<input type="checkbox"/> Molhado	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
Anoitecerendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Ácida/Ingredientes	<input type="checkbox"/> Enxugada	<input type="checkbox"/> Do Sinalizador
Norte e Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulus	<input type="checkbox"/> Chocalho	<input type="checkbox"/> Ácida/Suave	<input type="checkbox"/> Poças/Óleo	<input type="checkbox"/> Pista de Pólymero
Norte e Humidificação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Neutra/Ingredientes	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input checked="" type="checkbox"/> Ducha <u>00:00</u>
Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Oleícola/Suave	<input type="checkbox"/> Enxugada	<input type="checkbox"/> Placa(s) <u>PAIX</u>
			<input type="checkbox"/> Lombo	<input type="checkbox"/> Em Obra	<input type="checkbox"/> Lombada elétrica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Con-Buraco	<input type="checkbox"/> Vol. Máx. Pista: <u>1000</u>
			<input type="checkbox"/> Reitoria	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Entrancamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Rupturação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 - CROQUIS DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

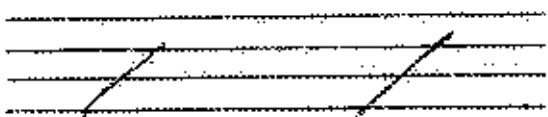
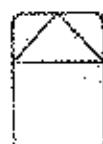
-  ÁRVORE
-  VESTÍGIOS
-  SEMÁFORO
-  PEDESTRE
-  BICICLETA OU MOTO
-  CARRO DE PEQUENO PORTO
-  CAMINHÃO OU ÔNIBUS
-  CARRETA



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

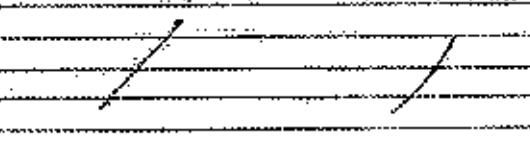
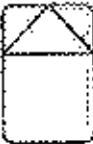
AVARIAS DO VEÍCULO 1

ESTADO, TURBO, PARALISA DIREITO, JUNDIAÍ
PARAFUSOS DIREITO E PESCA DIREITO
DIREITO, PNEU

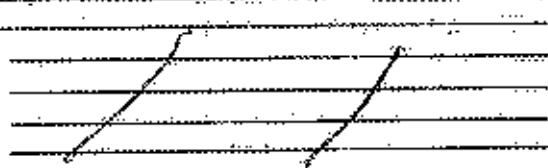
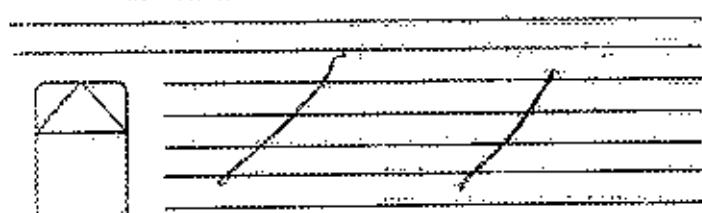


AVARIAS DO VEÍCULO 2

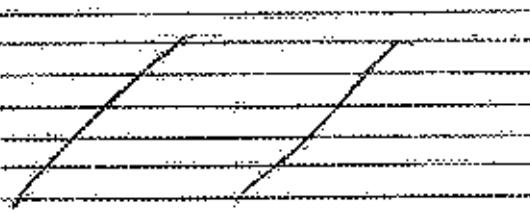
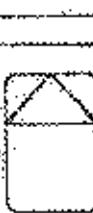
PARAFUSOS DIREITO, PNEU, CAPÔ
E MECÂNICA A MECÂNICA.



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11.	Nome completo: <input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4 <input type="checkbox"/> V5	Parente: <input type="checkbox"/>	Residência: <input type="checkbox"/>
	Parentesco: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	Endereço: <u>JOAQUIM BARBOSA</u>	Presidência: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3
Nome: <u>ALAN FABIO BATISTA VIEIRAS</u>	RG/N: <u>1111466</u>	Órgão Expedidor: <u>STEP</u>	Data de Nascimento: <u>16/03/1998</u>
Endereço: <u>R: ATDL DE SÃO PEDRO</u>		<u>1460</u>	Fone: <u>97126-6445</u>
Bairro: <u>PITANGA</u>	Cidade: <u>NATAL</u>		UF: <u>RN</u>
Versão: <u>5</u>			

Nome _____ RG Nº _____ Orgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
Endereço: _____ Nr. _____ Fone: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Vencida: _____

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____ Bairro _____ Cidade _____ F.P. _____
Verão _____

Assistência: (S - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO)

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome Sávio RG N° _____ Órgão Exp. _____

Kaderen

WALTERS, ROBERT L. - *THE 1940-1941 STRIKE IN THE SOUTHERN COALFIELD*

19. *Leucosia* *leucostoma* (Fabricius) (Fabricius, 1781: 113) (Fabricius, 1781: 113) (Fabricius, 1781: 113)

Digitized by srujanika@gmail.com

For more information, contact the Office of the Vice President for Research and the Office of the Vice President for Student Affairs.

1. *What is the primary purpose of the study?* (e.g., to evaluate the effectiveness of a new treatment, to describe a population, to compare two groups, to explore a new phenomenon)

Nome Completo do Agente FRANCISCO DE ASSIS SANTOS

PROSTODRADO CB PNTN 92619 Vistoria 506 Subsidiaria de DPDE
Locutor Baro NADAL 20 de SANTO de 2017 CB 15515 SANTOS
Autenticado. Número do Boletim: 96199 Número da Ocorrência: 647290 Data Registro: 04/07/2017 Hora Registro: 10:47:43 Número de Entrada: E24658466W



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRÁFEGO

Av. Capitão-Mor Gonçalves, 924, Cidade da Esperança - Natal - Rio Grande do Norte.
Fone: (84) 3232-1517 - E-mail: cprestorodoviarionatal@uol.com.br

Natal/RN, 04 de Julho de 2017.

BOAT nº: 96199.

Data: 20/06/2017

Lugar: Rua Jaguaraí com a Rua Aurélio Pintoiro - Barro Vermelho - Natal/RN

Veículos envolvidos:

(V-1) HONDA/ CG150 FAN ESDI - QWA 4270
(V-2) CITROËN/ C3 GLX 1.4 FLEX - NNZ 0803

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor de V-2 deixou de observar o que preceitua os artigos 26 - I, 28 e 44.

Alan Bruno Braz Santos Cap. QOPN
Mat. 194148-8
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

Verificação de autenticidade na internet: <http://www.orientor.gov.br/pasta-de-exigibilidade>.

Autenticação: Número da Ocorrência: 96199 - Número da Placa: 647290 - Data Registro: 04/07/2017 - Data Registro: 04/07/2017 - Número Controle: E74858466W

*Só tem valor legal os procedimentos assinados pelo chefe da corporação.

xxviii



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Alan Pablo Batista Nunes	CPF titular da conta	033.867.554-02	Profissão	Neves - DR
Endereço	R. Abel de São Pedro	Número	1950	Complemento	
Bairro	Floriano	Cidade	Natal	Estado	RN
Email	 Não possui	Telefone (DDD)	(81) 3027-2829		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO: **1000** DIV: **000** CONTA NRO: **9134** DIV: **000**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO NOME: **Banco Sicob** NRO: **756**
AGÊNCIA NRO: **9134** DIV: **000** CONTA NRO: **23.361** DIV: **000**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Natal-RN, 18 de Outubro de 2017

Local e Data

Alan Pablo B Nunes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Alan Pablo Batista Nunes	CPF titular da conta	033.867.554-02	Profissão	Neves - DR
Endereço	R. Abel de São Pedro	Número	1950	Complemento	
Bairro	Floriano	Cidade	Natal	Estado	RN
Email	 Não possui	Telefone (DDD)	(81) 3027-2829		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO: **1000** DIV: **000** CONTA NRO: **9134** DIV: **000**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO NOME: **Banco Sicob** NRO: **756**
AGÊNCIA NRO: **9134** DIV: **000** CONTA NRO: **23.361** DIV: **000**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Natal-RN, 18 de Outubro de 2017

Local e Data

Alan Pablo B Nunes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 15 de Novembro de 2017

Carta n°: 11958547

A/C: ALLAN PABLO BATISTA NUNES

Sinistro: 3170565238 ASL-0407446/17
Vitima: ALLAN PABLO BATISTA NUNES
Data Acidente: 20/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ALLAN PABLO BATISTA NUNES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 756

Agência: 000004194

Conta: 0000023161-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Novembro de 2017

Carta nº: 11903587

A/C: ALLAN PABLO BATISTA NUNES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170565238 ASL-0407446/17

Vitima: ALLAN PABLO BATISTA NUNES

Data Acidente: 20/06/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

