



Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2016

Carta nº: 9299361

A/C: EVANIA RODRIGUES BATISTA

Sinistro: 3160198042 ASL-0135780/16  
Vítima: EVANIA RODRIGUES BATISTA  
Data Acidente: 21/12/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: FRANCISCO MANOEL DE SOUZA DANTAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2016

Carta nº: 9394421

A/C: EVANIA RODRIGUES BATISTA

Sinistro: 3160198042 ASL-0135780/16  
Vítima: EVANIA RODRIGUES BATISTA  
Data Acidente: 21/12/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: FRANCISCO MANOEL DE SOUZA DANTAS

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: EVANIA RODRIGUES BATISTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002008

Conta: 0000076115-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

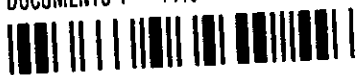




Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 \*T1%\*



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Evânia Rodrigues BatistaPORTADOR(A) DO RG Nº 2990923EXPEDIDO POR SSP/ANEM 23/08/2016CPF 10383210405 /CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO Do lar

E RENDA MENSAL DE R\$ 5,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Evânia Rodrigues Batista, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)  
Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)  
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2008 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 36115-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Permanência em 02 de Fevereiro de 2016

LOCAL E DATA

Evânia Rodrigues Batista

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

**CAIXA**  
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG CAMARA CASCUDO

DATA: 07/03/2016

TERMINAL: 15851016

HORA: 18:30:49

CONTROLE: 158510160658

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA  
DE VALORES - TEV

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA

CONTA

NOME

2008 / PARNAMIRIM

: 013.00,076.115-0

: EVANIA RODRIGUES BATISTA

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
11 MAR 2016  
JEM REGULADORA



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 90001

1 - LOCAL E DATA

Local AV. BELA PARNAMIRIM Bairro VELA NOVA  
Cidade/UF PARANAMIRIM / RN P. Ref. COLEGIO SISTEMA INFANTIL  
Data 21/12/15 Hora do acidente 12:00 Hora do registro 13:00 Dia da semana SEGUNDA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☒ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento  
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s) \_\_\_\_\_

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MYE-9788 Cidade PARANAMIRIM UF RN  
Marca/Mod. VW / GOL Cor BRANCA Ano 1993 / 1993  
Proprietário SEVERINO SOEL DE MELO Nº de Ocupantes 02  
Condutor JULIANA MAYARA BATISTA Data de Nasc. 23/08/1993  
Endereço RUA MIRANDOLINA TEIXEIRA DE ANDRADE Nº 650 Fone \_\_\_\_\_  
Bairro TABOADA / BOSQUE DAS COLINAS Cidade SÃO JOSÉ DE MIPEMBU UF RN  
CPF Nº 104.643.244-32 CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade 1 / 1 / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho AUTONOMA Fone 9929-3341  
End. RUA PENES DE CAMPO Nº 3802 Bairro P. DE AREIA Cidade PARANAMIRIM

DOCUMENTO 1 \*T1%\*

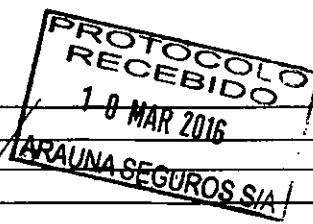


4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. NOTONETA TRAXX Cor PRETA Ano 2008 / 2008  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes 02  
Condutor EVANDA RODRIGUES BATISTA Data de Nasc. 17/09/1990  
Endereço 4ª TRAVESSA MAR DA GALILEIA Nº 93 Fone 9454-1446  
Bairro MONTA CASTELO Cidade PARANAMIRIM UF RN  
CPF Nº \_\_\_\_\_ CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade 1 / 1 / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho DO LAR Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. 1 / 1 / \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF Nº \_\_\_\_\_ CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade 1 / 1 / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_



6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. 1 / 1 / \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF Nº \_\_\_\_\_ CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade 1 / 1 / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

# 7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V2 Em que Rua/ Av. Transitava? AV. BELA PARNAMIRIM  
 Em que sentido? BR 304 X MOITA VERDE Em que faixa? DIREITA  
 Versão do condutor INFORMA QUE TRAFEGAVA NA UTA RETA QUANDO A SUA  
FRONTE TRAFEGAVA UM ONIBUS QUE ENTROU A DIREITA E DE REPENTE  
V1 QUE SAIA DA RUA JOKEY CLUB, CHEGANDO A SER COLTADO POR  
V2.

Assinatura do Condutor do V1: Emília Rodrigues Batista

SOBRE V1 Em que Rua/ Av. Transitava? AV. PERIMENTAL  
 Em que sentido? BR 304 X JOKEY CLUB Em que faixa? DIREITA  
 Versão do condutor INFORMA QUE TRAFEGAVA NA UTA RETA QUANDO DE REPENTE  
UM ONIBUS QUE TRAFEGAVA NA AV. BELA PARNAMIRIM TRÁ ENTÃO A  
DIREITA NA AV. PERIMENTAL E DEU VEZ A V1 PARA REZAR A AV.  
BELA PARNAMIRIM QUANDO DE REPENTE V2 QUE TRANSITAVA NO MESMO  
SENTIDO DO ONIBUS COLISOU NA LATERAL DIANTEIRA DE V1.

Assinatura do Condutor do V2: Juliane Mayara Batista 14:25

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4



## 8 - CONDIÇÕES DA VIA

<b>Luminosidade</b>	<b>Cond./Tempo</b>	<b>Tipo da Pista</b>	<b>Carnet/Pista</b>	<b>Cond./Pista</b>	<b>Sinalização</b>
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Ative Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulha	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Ative Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input checked="" type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input checked="" type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno		<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento		<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		<input type="checkbox"/> _____
					<input type="checkbox"/> _____

## 9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

ÁRVORE

VESTÍGIOS

SEMÁFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

CARRETA

## 10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

### AVARIAS DO VEÍCULO 1

PAROL LADO DIREITO - SINALIZAÇÃO DO LADO DIREITO -

### AVARIAS DO VEÍCULO 2

REMOVESOR LADO DIREITO MANEIRA LADO DIREITO.

### AVARIAS DO VEÍCULO 3

### AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☒ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre  
Passageiro de ☐ V1 ☒ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_  
Nome: EVANCA RODRIGUES BATISTA Data de Nascimento: 17/09/1990  
RG N° \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_  
Versão: A MESMA DA CONDUTORA DE V2

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre  
Passageiro de ☐ V1 ☒ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: DECELESD MARQUES  
Nome: EDONALVA SEQUEIRA DE SOUZA Data de Nascimento: 11/03/1983  
RG N° \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Nº 03 Fone: 98813-6884  
Endereço: RUA JOÃO FELIPE SEABRA Cidade: PARNAMIRIM UF: RN  
Bairro: VELA NOVA  
Versão: INFORMA QUE TRAVESSA NA RUA BELA PARNAMIRIM QUANDO A SUA FRENTE VINHA UM ÔNIBUS QUE AO ENTRA A INTERSEÇÃO LOGO ATRAS V2 QUANDO V1 PERCEBU DE REPENTE A SUA FRENTE

Assinatura: Edonálva Sequeira de Souza 13 25 Hora \_\_\_\_\_  
13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
RG N° \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_  
Versão \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
RG N° \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_  
Versão \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO  
Placa \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Marca/Modelo \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ RG N° \_\_\_\_\_ Órgão Exp. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☒ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☒ NÃO AIT N° \_\_\_\_\_ CÔD/DESD \_\_\_\_\_

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO  
O CONDUTOR DE V2 RETENOU SUA TRAYX DO LOCAL.  
A TRAYX ESTAVA SEM DOCUMENTAÇÃO.  
FOI FEITO UM AUTO DE INFRAÇÃO PARA O V1.  
N2A-18 076672 - ART. 501-0

Nome Completo do Agente: Guarardo Viana de Melo  
POSTO/GRAD.: CB PM N° 99111 Viatura 330 Subunid.: 3ª GPPE  
Local e Data: Parnamirim de 27 de Dezembro de 2015  
Assinatura do Agente de Trânsito \_\_\_\_\_



**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**

Rua Porto de Imbituba, s/n, Conjunto Santa Catarina, Potengi - Natal - Rio Grande do Norte  
Fone: (84) 3232-1514 - E-mail: cpresetordetrafegeo@hotmail.com

Natal/RN, 29 de Dezembro de 2015.

**BOAT nº: 90001**

**Data: 21/12/2015**

**Local: Av. Bela Parnamirim - Vida Nova - Parnamirim/RN**

**Veículos envolvidos:**

(V-1) VW/ GOL CL - MYC 9788

(V-2) TRAXX/

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor de V - 1 deixou de observar o que preceitavam os artigos 28, 34 e 309. Já o condutor de V - 2 deixou de observar o que preceitua o artigo 309.

*76*

Tony Swamarn Vale Castro Cap. QOPM  
Mat. 170.077-4

**CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO**

*Magma 1º Ten*  
*Mat. 196.114-4*

Verificação de autenticidade na internet: <http://www.prn.rn.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Número do Boletim: 90001 Número da Ocorrência: 467600 Data Registro: 29/12/2015 Hora Registro: 01:57:12  
Número/Controle: RW2RRHXU38

\*Somente possuem valor legal os pareceres que estejam assinados pelo chefe do setor ou auxiliar.

naufm

# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Evania Rodrigues Batista, portador da carteira de identidade nº 2910923 e inscrito no CPF/MF sob o nº 303.832.704-05, residente e domiciliado na RIV 4 MAR da Galileia - 93 Monte Castelo, Cidade Parnamirim, Estado RN, 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 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 à 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.

DOCUMENTO 3 \*T3%\*



Evania Rodrigues Batista

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Parnamirim/RN 02/02/2016

Local e data





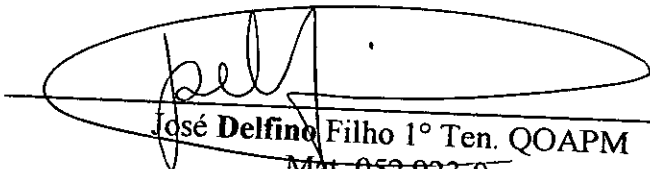
RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL  
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL  
SETOR DE TRÁFEGO

Av. Cap Mor Gouveia, s/n, Cid. da Esperança, Potengi - Natal - Rio Grande do Norte  
Fone: (84) 3232-1514 - E-mail: [cpresetordetrafeago@hotmail.com](mailto:cpresetordetrafeago@hotmail.com)

DECLARAÇÃO  
055 / 16

Declaro para os devidos fins que em referência ao **BOAT 90001**, do dia 21 de Dezembro de 2015, não foi possível descrever nem o nome do proprietário, nem os dados do Veículo - 2 no Campo 04, em virtude da condutora do mesmo não portar os documento do veículo na hora do sinistro, apresentando-os posteriormente neste setor, sendo os mesmos listados a seguir: **Thelise Silva Melo Alves, CPF: 393.257.844-91 e o 951BXKBB18B001886, conforme documentação anexa.**

Natal - RN, 09 de Junho de 2016.

  
José Delfino Filho 1º Ten. QOAPM  
Mat. 052.923-0  
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO  
**BOAT** 90001

1- LOCAL E DATA

Local AV. BEIJA FERNANDES Bairro VILA NOVA  
Cidade/UF PARANAMIRIM/RN P. Ref. COLEGIO SISTEMA DUFAP  
Data 21/12/15 Hora do acidente 12:00 Hora do registro 13:00 Dia da semana SEGUNDA FEIRA

2- NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☒ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento  
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s) \_\_\_\_\_

3- VEICULO 01

Placa ou Chassi MYE-9788 Cidade PARANAMIRIM UF RN  
Marca/Mod. VW/GOL Cor BRANCA Ano 1993/1993  
Proprietário SEVERINO JOEL DE MELO Nº de Ocupantes 02  
Condutor JULIANE MAYARA BATISTA Data de Nasc. 23/08/1993  
Endereço RUA MIRANDOLINA TEIXEIRA DE ANDRADE Nº 650 Fone \_\_\_\_\_  
Bairro TABOADA / BOSQUE DAS COLINAS Cidade SÃO JOSÉ DE MIPAMBU UF RN  
CPF Nº 104.643.244-32 CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho AUTONOMA Fone 9929-3341  
End. RUA PÊSS DE CAMPO Nº 3802 Bairro P. DE FREDA Cidade PARANAMIRIM

4- VEICULO 02

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. NOTONETA TRAXX Cor PIRELLA Ano 2008/2008  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes 02  
Condutor EVANILDA RODRIGUES BATISTA Data de Nasc. 17/09/1990  
Endereço 4ª TRAVESSA MAR DA GALILEIA Nº 93 Fone 9454-1446  
Bairro MONTA CASTELO Cidade PARANAMIRIM UF RN  
CPF Nº \_\_\_\_\_ CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho DO LAR Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

5- VEICULO 03

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

6- VEICULO 04

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

Ato Declaratório

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
11 MAR 2016  
JEM REGULADOR



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Evânia Rodrigues BatistaRG nº 29.109.23, data de expedição 23 / 08 / 2006, Órgão SSB RN

CPF nº 103.832.704-05, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>TRV 4 MAR da galícia</u>
Número	<u>93</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Monte Castelo</u>
Cidade	<u>Parnamirim</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59.140-000</u>
Telefone de Contato	<u>99454-14961 2010-7615</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Parnamirim RN 02/02/2016Assinatura do Declarante: Evânia Rodrigues Batista



CAERN - 08.334.385/0001-35

Nº Documento: 2016068304238

ESCRITÓRIO

ESC DIST DE ROSA DOS VENTOS

MATRÍCULA 00830423.8	CLIENTE TERESA CRISTINA ANTUNES SOUZA	CPF/CNPJ: 379.147.904-00	VENCIMENTO 16/06/2016
INSCRIÇÃO 503.003.584.0015.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL TRV 4 MAR DA GALILEIA, N 93 - MONTE CASTELO PARNAMIRIM RN 59140-000	ROTA DE ENTREGA 07.7570	FATURA 06/2016-1
RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA		ÁGUA LIGADO	ESGOTO POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS		LEITURA		CONSUMO	CONSUMO/DIA
05/2016 - 10	04/2016 - 10	ANTERIOR	ATUAL	(M³) DIAS	(M³)
03/2016 - 10	02/2016 - 10			10	
01/2016 - 10	12/2015 - 10				
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR			
1	10	N 5 10			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA ANTIGO RESIDENCIAL 1 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2016	10 M3	35,01 0,70

PROTOCOLADO  
RECEBIDO  
11 MAR 2016  
JEM REGULADORA

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	35,01	1,65	0,58
COPINS	35,01	7,6	2,66

TOTAL R\$ 35,71

" JA ESTA DISPONIVEL NO SITE DA CAERN O RELATORIO ANUAL DA QUALIDADE DA AGUA 2016 DE SUA CIDADE"  
OS EPIS DEVEM POSSUIR CERTIFICACAO E SEU USO DEVE SER FISCALIZADO PELO EMPREGADOR.

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUIDA (Decreto nº 5.440/05 e Portaria nº 2.914/11 do Ministério da Saúde)					
GERÊNCIA REGIONAL: LITORAL SUL			Mês/Ano 05/2016		
Parâmetros	Turbidez	pH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	5,0	6,0 A 9,5	% DE AUSENCIA	0,2 A 2,0 MG/L	<= 10,0 MG/L
Valores obtidos					

VIA CLIENTE	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------	-----------------------

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 16/06/2016

MATRÍCULA  
00830423.8INSCRIÇÃO  
503.003.584.0015.000ROTA DE ENTREGA  
07.7570FATURA  
06/2016-1NÃO RECEBER APÓS  
30/09/2016

VENCIMENTO 16/06/2016

VALOR R\$ 35,71

GRUPO: 87

FIRMA: 1

82630000000-5 35710006503-0 00830423801-0 06201610003-4

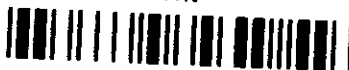
VIA CAERN



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA







## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

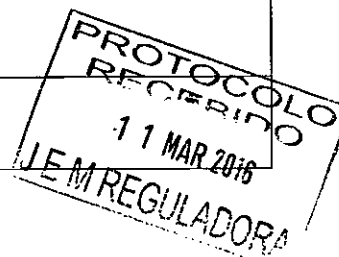
Eu, Francisco Manoel de Souza Dantas, RG nº 802.4801, data de expedição 30/11/14, ÓrgãoSSPIRN, CPF nº 091450.824-56 venho perante a este

instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome,

sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em

anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Trav 4 Mor da galileia</u>
Número	<u>93</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Monte costelo</u>
Cidade	<u>Parnomirim</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59140-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Parnomirim RN 02/02/2016Assinatura do Declarante: Francisco Manoel de Souza Dantas



CAERN - 08.334.385/0001-35

Nº Documento: 2016088304238

ESCRITÓRIO

ESC DIST DE ROSA DOS VENTOS

MATRÍCULA

00830423.8

CLIENTE

TERESA CRISTINA ANTUNES SOUZA

CPF/CNPJ:

379.147.904-00

VENCIMENTO

16/06/2016

INSCRIÇÃO

503.003.584.0015.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

TRV 4 MAR DA GALILEIA, N 93 - MONTE CASTELO PARNAMIRIM RN 59140-000

ROTA DE ENTREGA 07.7570

FATURA

06/2016-1

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA  
LIGADOESGOTO  
POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

05/2016 - 10 04/2016 - 10

03/2016 - 10 02/2016 - 10

01/2016 - 10 12/2015 - 10

ECONOMIAS CONS. POR ECONOMIA COD. AUXILIAR

1 10 N 5 10

LEITURA

CONSUMO

CONSUMO/DIA

ANTERIOR

ATUAL

(M³)

DIAS

(M³)

10

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

ANTIGO RESIDENCIAL 1 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2016

10 M3

35,01

0,70

PROTÓCOLO  
RECEBIDO  
11 MAR 2016  
E M REGULADORA

TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO

PERCENTUAL(%)

VALOR DO IMPOSTO

PIS

35,01

1,65

0,59

COPINS

35,01

7,6

2,66

TOTAL

R\$

35,71

" JA ESTA DISPONIVEL NO SITE DA CAERN O RELATORIO

ANUAL DA QUALIDADE DA AGUA 2016 DE SUA CIDADE"

OS EPIS DEVEM POSSUIR CERTIFICACAO E SEU USO DEVE SER FISCALIZADO PELO EMPREGADOR.

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUIDA  
(Decreto nº 5.440/05 e Portaria nº 2.914/11 do Ministério da Saúde).

GERÊNCIA REGIONAL: LITORAL SUL

Mês/Ano 05/2016

Parâmetros	Turbidez	pH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	5,0	6,0 A 9,5	% DE AUSENCIA	0,2 A 2,0 MG/L	<= 10,0 MG/L
Valores obtidos					

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 16/06/2016



MATRÍCULA

00830423.8

INSCRIÇÃO

503.003.584.0015.000

ROTA DE ENTREGA

07.7570

FATURA

06/2016-1

NÃO RECEBER APÓS

30/09/2016

VENCIMENTO

16/06/2016

VALOR

R\$

35,71

GRUPO: 87

FIRMA: 1

82630000000-5 35710006503-0 00830423801-0 06201610003-4

VIA CAERN



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



## DECLARAÇÃO

## Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

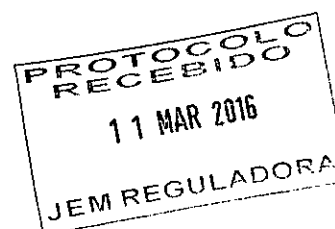
<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco Manoel de Souza Dantas, portador(a) do RG nº 302.480.1, expedido por SSP RJ, em 10/11/14, CPF/CNPJ nº 093.450.824-56, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Levania Rodrigues Batista do sinistro de DPVAT da natureza Invalidz da vítima Levania Rodrigues Batista, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Repositor de loja Renda Mensal: R\$ Reclusa

Documentos comprobatórios: Reclusa

Francisco Manoel de Souza Dantas  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168  
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 22 CC

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

KATIA

MATRÍCULA

DATA

21/12/2015

HORA

12:53

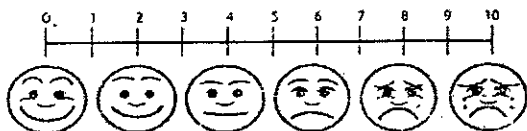
DADOS DO PACIENTE

PACIENTE	EVANIA RODRIGUES BATISTA		MASCULINO	FEMININO					
NACIONALIDADE	BRASILEIRA	DATA DE NASCIMENTO	17/09/1990	IDADE	25	RELIGIÃO	CATOLICA	RAÇA/COR	PARDA
ESCOLARIDADE	ENSINO MEDIO	ESTADO CIVIL	SOLTEIRA	PROFISSÃO	DO LAR	TELEFONE	9459.6678	NÚMERO DE EQUIPE INVESTIGADO	
NOME DA MÃE	LUCINEIDE RODRIGUES BATISTA		NOME DO PAI						
CPF	RG	ORG.EXP.	UF	CARTÃO DO SUS	707.802.264-0181.216				
ENDEREÇO	RUA 4 TV MAR DA GALILEIA 93		COMPLEMENTO						
BAIRRO	MONTE CASTELO	MUNICÍPIO	PARNAMIRIM	UF	RN	CEP	59150 000	TELEFONE	
RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE	SOCORRIDO PELA SAMU NÃO APRESENTOU INDENT.		PARENTESCO	ESPOSO	TELEFONE				

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO	( ) Regulado ( ) SAMU ( ) Demanda Espontânea	MOTIVO									
QUEIXA PRINCIPAL				DESCRIMINADOR							
FLUXOGRAMA				ALERGIAS							
DOENÇAS PREEXISTENTES				PESO:	ALTURA:	SSV:	FR:	T:	SO2:	PA:	GLICEMIA:
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL				COREN	DATA	HORA					

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE

○ AZUL ● VERDE ○ AMARELO ○ LARANJA ○ VERMELHO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- ☐ SALA VERMELHA
- ☐ URGÊNCIA
- ☐ ORTOPEDIA
- ☐ CONSULTA MÉDICA
- ☐ BUCOMAXILO
- ☐ PEQUENA CIRURGIA
- ☐ ACIDENTE DE TRABALHO
- ☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
- ☐ QUEDA
- ☐ OUTROS

Abertura Ocular	Esontânea À voz À dor Nenhuma	4 3 2 1
Resposta Verbal	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensíveis Nenhuma	5 4 3 2 1
Resposta Motora	Pede comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma	5 4 3 2 1

HISTÓRIA CLÍNICA

Relato queda de moto e trauma em M.I.D e ombro Dir. Neve desmaiou em perda de consciência

EXAME FÍSICO

A, B, C, D do trauma s/alt  
E - frascos em ombro s/ limitação de movimento (ombro Dir)  
FCC extensa (± 10-15cm) em reg. lat. caxa Dirte

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Poli-trauma -

DOCUMENTO 4 \*T4%



## EXAMES COMPLEMENTARES

☐ LABORATORIAL☐ RADIOLÓGICO☐ ECC☐ TOMOGRAFIA☐ USG☐ OUTROS

## CONDUTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

☐ CLÍNICA MÉDICA☐ CLÍNICA PSIQUIÁTRICA☐ CLÍNICA ORTOPÉDICA☐ PEDIATRIA / NEO☐ CLÍNICA OBSTÉTRICA☐ CLÍNICA GERAL☐ UTI☐ OUTROS

## DIAGNÓSTICO

## CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

## ABERTURA DE HORÁRIO / CHECAGEM

Rx's transe

Rx's Δ/alterações

cd: Sutura de FCC sob anestesia local após intensa limpeza (antisepsia + sepsia). Curativo. Alta c/ antib + analgésico e orientação.

Dr. Carlos Alberto  
Médico  
CRM 24.346

CONF. COM ORIGEM  
[Assinatura]

Servidor  
0750794

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

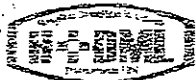
## DESTINO DO PACIENTE

☐ ALTA☐ ÓBITO☐ EVASÃO☐ SOLICITADO INTERNAMENTO NO SERVIÇO DE:

[ ] SVO [ ] ITEP [ ] DECLARAÇÃO.

MÉDICO (assinatura e carimbo)

Chefe do Plantão (assinatura e carimbo)



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Evânia Rodrigues Batista Idade: 25 D/N: 21/12/15  
Pront.: Bol 22 Município: Parauapebas Procedência: ( ) Interno (X) Externo  
Data da cirurgia: 21/12/15 Hora Admissão: Bloco: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_ Hora Saída: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
Alergias: (X) Não ( ) Sim Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras \_\_\_\_\_  
Uso de medicações: (X) Não ( ) Sim Jejum: ( ) Não ( ) Sim  
SSVV Admissão: PA: \_\_\_\_\_ mmHg Pulso: \_\_\_\_\_ bpm FI: \_\_\_\_\_ rpm FC: \_\_\_\_\_ bpm SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % T: \_\_\_\_\_ °C

Enfermeiro(a): Ludiane Instrumentado (a): \_\_\_\_\_ Circulante: Sara + Ironi

Cirurgia: Sutura Especialidade: C. Geral Sala: 01  
Hora Início: 16:00 Hora Término: 17:00 Tipo de cirurgia: ( ) Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa (X) Contaminada ( ) Infectada  
1º Cirurgião: M. Vardice Aux.: \_\_\_\_\_ Residente: \_\_\_\_\_

Anestesia: (X) Local ( ) Sedação ( ) Geral TOT: \_\_\_\_\_ ( ) Bloqueio ( ) Raquidiana Ag. nº \_\_\_\_\_ ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter  
Ag. nº \_\_\_\_\_ Cateter nº: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Garrote: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_  
Anestesiologista: \_\_\_\_\_

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Fístula	<input type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> t/dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Açamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	—	76	76	Bpm
Pulso	—	76	76	Bpm
Oximetria	—	94	93	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	—	—	—	mmHg

ACESSO VENOSO	
<input type="checkbox"/>	Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/>	Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/>	Dissecção venosa
Local:	<u>M SE</u>
Cateter:	<u>20</u>

SONDAGEM GÁSTRICA	
<input type="checkbox"/>	SNG nº
Retorno:	

CATETERISMO VESICAL	
<input type="checkbox"/>	SVF nº
<input type="checkbox"/>	SVA nº
Diurese:	
Profissional responsável:	

EXAMES SOLICITADOS:	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria:
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

POSICÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
( ) Sim (X) Não ( ) Metal ( ) Descartável	
Local:	
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
(X) Sim ( ) Não	( ) Sim (X) Não
Local: <u>MI D</u>	Solução: <u>clorox</u> Local: _____

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC:	Parafuso: tipo: _____
Placa – Tipo:	
Outros:	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: <u>P. Curioso</u>	Quant. Material: <u>06</u>
Val.: <u>24/12/15</u>	Contagem de gaze e compressa: (X) Não ( ) Sim



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

( ) Hemoconcentrado \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Albumina \_\_\_\_\_ Unid.

( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Tilatil 40mg 16:30

h: \_\_\_\_\_

h: \_\_\_\_\_

h: \_\_\_\_\_

h: \_\_\_\_\_

h: \_\_\_\_\_

h: \_\_\_\_\_

HIDRATAÇÃO VENOSA

Soro Fisiológico: 1000 ml  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml

( ) Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml

Quantidade total de volume  
administrado: 1000

ANATOMO PATOLÓGICO

☒ Não ( ) Sim Peça:

Peça para sepultamento: ☒ Não ( ) Sim

Swab para cultura:

Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: ☒ limpo ( ) c/exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ( ) Bandagens ( ) Talas ( ) Outros:

INTERCORRÊNCIAS: Realizada limpeza anestesia local, ligeira  
mação com cloridina e SF 0.9% e sutura na  
moção lateral da coxa (D) por Dr. Wandu  
Realizado curativo.

Ass: Sora Coren: 554.848

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: ☒ Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado  
Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ☒ O<sub>2</sub> ambiente Curativo: ☒ Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de  
colostomia ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
Diurese: ☒ Espontânea ( ) Normal ( ) Hematúria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: Alta hospitalar

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nível de consciência: ( ) Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose ( ) Orientado  
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choro Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> ( ) O<sub>2</sub> Ambiente  
Mobilização MMII: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade  
Venoclise: ( ) Não ( ) Sim Tipo: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical  
Drenos: ( ) Sucção ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Especifique: \_\_\_\_\_  
Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos  
Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Descoberto ( ) Limpo ( ) Sujo Monitorização: ( ) ECG ( ) Oxímetro ( ) PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Bexigoma ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC

Relate:

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão						
30'						
60'						
Alta						

Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml  
Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
Ringer: \_\_\_\_\_ ml  
Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

Ass: \_\_\_\_\_

Coren: \_\_\_\_\_





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



FOLETA D. 1010



*Evânia Rodrigues Batista*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTO 5 \*T5%\*



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2910923 1.VIA 23/08/2006  
EVÂNIA RODRIGUES BATISTA

FRANCISCO SALGADO BATISTA  
LUZINEIDE RODRIGUES DA SILVA

SANTA CRUZ RN 17/09/1990

CERT. NASC. No. 19782 L. 93 F. 15  
SANTA CRUZ RN 01 CARTÓRIO

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

**CPF**

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição  
**103.832.704-05**

Nome  
**EVÂNIA RODRIGUES BATISTA**

Nascimento  
**17/09/1990**



PROTÓCOLO  
RECEBIDO  
11 MAR 2016  
JEM REGULADORA

DOCUMENTO 3 \*T3%



CARTEIRA DE IDENTIDADE

Francisco Manoel de Souza Dantas



FORÇA DE FEITO



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO  
RIO GRANDE DO NORTE  
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

003.024.801 10/11/2014

FRANCISCO MANOEL DE SOUZA DANTAS

JOSE RONALDO DANTAS  
TEREZA CRISTINA ANTUNES SOUSA

NATAL - RN 31/05/1992

CERT. DE CASAMENTO L-0862 F-66 RG-013413  
PARNAMIRIM RN-2 CARTÓRIO

091.450.824-56

*Raquel Amaral Taveira* ca. VIA  
Raquel Amaral Taveira

LEI Nº 7.116 DE 29/08/86

*Procurador*

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
11 MAR 2016  
JEM REGULADORA

# MOTO MAXX

## COMERCIAL MOTO MAXX LTDA

CNAE / FISCAL: 4541-2/03  
Av. Piloto Pereira Tim, 709 - P.O. Exposições - Parnamirim/RN  
Cep: 59146-480 - Cód. Ativ. Principal: 1.22.017-9  
Fone/Fax: (84) 3272.2929  
E-mail: motomaxx2006@hotmail.com  
www.traxx.com.br

## NOTA FISCAL FATURA MOD.1 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

☒ SAÍDA ☐ ENTRADA

Nº  
002663

CNPJ: 07.119.822/0002-16

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
20.201.526-2

1ª VIA  
DESTINATÁRIO / REMETENTE  
DATA LIMITE  
ENTRADA  
16/08/21  
DATA DE EMISSÃO  
23/06/21  
DATA DE SAÍDA  
23/06/21  
HORA DA SAÍDA  
13:37

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda Veículo 0 Km  
DESTINATÁRIO / REMETENTE

CFOP  
5403  
NSC ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

THIASE SILVA MELO ALVES

Cod.: 001592

UNPJ / CPE  
393.252.844-91

RUA NAZARENO MATIAS, 38

BARRIO / DISTRITO  
ROSA DOS VENTOS

CEP  
59150000

PARANAMIRIM

(84) 3645-1744

RN

ISENTO

DESCOBRIMENTO

PARCELAS

01

02

03

04

05

06

DUR. ATAS

VENCIMENTO  
VALOR

VALOR DO PRODUTO

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS

C.F.

STRE

UNID

QUANTIDADE

VALOR UNITÁRIO

VALOR TOTAL

Marca / Modelo..... TRAXX/JL500-2 STAR  
N. do Motor..... 08T002074JLIP39FMB  
Combustível..... Gasolina  
N. do Chassi..... 951BXKB818B001886  
Tipo..... VEICULO 0 Km  
Lotação..... 2  
Renavam..... 019421  
Cor..... FRETA  
Ano de Fab / Mod..... 2008/2008  
Tipo Transp..... PASSAGEIROS  
NF. Origem..... 000149 - 31/05/2008  
Cilindro..... 1  
Cilindradas..... 50  
HP..... 49.5  
Placa.....  
Grupo / Cota / RD.:  
USO DERIVATIVO DO CAPACETE.

DOCUMENTO 6 \*T6%\*



PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

QUANT. VALOR UNIT.

VALOR

INSCRIÇÃO NO C

005.674-0

VALOR CEC - 53

VALOR DOS SERVIÇOS

CÁLCULO DO IMPOSTO

TAB. DE CÁLCULO DO ICMS

VALOR DO ICMS

BASE DE CÁLCULO

ICMS SUBSTITUIÇÃO

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

VALOR DO FRET

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

OUTRAS DESPESAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

3.550,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

TAXA RAZÃO SOCIAL

Destinatário

FRETE POR CONTA  
1- EMISSOR  
2- DESTINATÁRIO

PLACA DO VEICULO

U

QUANTIDADE

PERÍODO

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

DADOS ADICIONAIS

PLAQUE

ORDEM

OS / PED

VEND

Maria Jose

MODELO

CHASSI

PLACA

ANO

ANO

ANO

RESERVADO AO FISCO

Veículo sujeito a registro e licenciamento perante aos  
órgãos competentes. Declaramos ter vendido o veículo sem  
Reserva de Domínio e sem Alienação Fiduciária.  
R.G.: 593.229 - SSF/RN

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
20 JUN 2015  
HORA

00277

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160198042 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EVANIA RODRIGUES BATISTA **Data do acidente:** 21/12/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/07/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MI DIREITO E OMBRO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTO INCONCLUSIVO

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## 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:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160198042

**Cidade:** Parnamirim

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** EVANIA RODRIGUES BATISTA

**Data do acidente:** 21/12/2015

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** CONTUSÃO DO OMBRO DIREITO COM LESÃO ABRASIVA NA REGIÃO POSTERIOR DO OMBRO. CONTUSÃO NO JOELHO DIREITO COM LESÃO ABRASIVA NA REGIÃO ANTERIOR. FERIMENTO CORTO CONTUSO NA COXA DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA REFERE DOR NO JOELHO E COXA DIREITA COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR. REFERE DOR NO OMBRO DIREITO COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS E DA FORÇA DO BRAÇO DIREITO. AO EXAME APRESENTA LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO DIREITO, HIPOTROFIA DA PANTURRILHA DIREITA E MARCHA CLAUDICANTE. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE EXTENSÃO, FLEXÃO E ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATADO CONSERVADORAMENTE DAS LESÕES SOFRIDAS. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro direito, Limitação funcional do joelho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 05/07/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santos

**CRM do médico:** 2109

**UF do CRM do médico:** RN

## 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### PRESTADOR

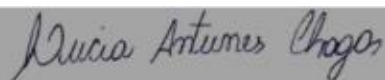
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** LUCIA ANTUNES CHAGAS

**CRM do médico:** 52.95117-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

Nome: Evânio Rodrigues Batista, brasileiro(a),  
 estado civil: solteiro Profissão: do lar, portador(a) do RG  
2910923, órgão expedidor JTEPRN e do CPF: 303.832.704-05, residente  
 no(a) TRV 4 MAR DA galileia nº 93  
 bairro: Monte Castelo, município: Parnamirim / RN.

## OUTORGADO:

Nome: Francisco Manoel de Souza Dantas, brasileiro(a)  
 estado civil: casado Profissão: Repórter de loja, portador(a) do RG  
003.024.803, órgão expedidor SSPRN e do CPF: 091.450.824-56, residente  
 no(a) TRV 4 MAR DA galileia nº 93  
 bairro: Monte Castelo, município: Parnamirim / RN.

### PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Parnamirim/RN 02/03/2016

Local e Data

Evânio Rodrigues Batista

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



### SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

Paiva Amaral

TABELIÃO: AIRENE JOSÉ AMARAL DE PAIVA

Av. Brigadeiro Souto, 10 - Boa Esperança - CEP: 55140-500 - Parnamirim - RN - Tel.: (84) 2020-3200 / 3272-2295

Reconheço por autenticidade a firma de EVÂNIO

RODRIGUES BATISTA

Parnamirim/RN, 02/03/2016

Em testemunho da verdade. Emol: R\$ 2,34

PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES - Substituto

\*Válido somente com selo de autenticidade.



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **EVANIA RODRIGUES BATISTA** Sinistro: **3160198042** Data: **21/12/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **TRV 4 MAR DA GALILEIA, 93 - MONTE CASTELO - Parnamirim - RN - CEP 59149-206**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ITEP /RN** ] **2.910.923**

Data local do exame: [ **05/07/2016** ] **Natal** [ **RN** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**CONTUSÃO DO OMBRO DIREITO COM LESÃO ABRASIVA NA REGIÃO POSTERIOR DO OMBRO. CONTUSÃO NO JOELHO DIREITO COM LESÃO ABRASIVA NA REGIÃO ANTERIOR. FERIMENTO CORTO CONTUSO NA COXA DIREITA. VÍTIMA REFERE DOR NO JOELHO E COXA DIREITA COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR. REFERE DOR NO OMBRO DIREITO COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS E DA FORÇA DO BRAÇO DIREITO. AO EXAME APRESENTA LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO DIREITO, HIPOTROFIA DA PANTURRILHA DIREITA E MARCHA CLAUDICANTE. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE EXTENSÃO, FLEXÃO E ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO DIREITO.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**TRATADO CONSERVADORAMENTE DAS LESÕES SOFRIDAS. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do ombro direito, Limitação funcional do joelho direito**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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 (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Joelho direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( **X** ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

**Ombro direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( **X** ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

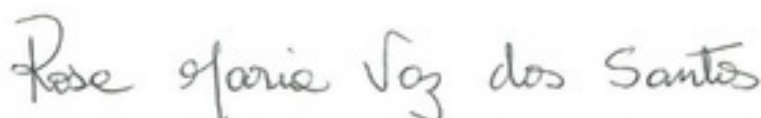
Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

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



Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN