

Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2017

Carta nº: 11874122

A/C: ALEXANDRE CRUZ DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170568267 ASL-0409288/17

Vítima: ALEXANDRE CRUZ DA SILVA

Data Acidente: 14/02/2015

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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2017

Carta nº: 11873808

A/C: ALEXANDRE CRUZ DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170568267 ASL-0409288/17

Vitima: ALEXANDRE CRUZ DA SILVA

Data Acidente: 14/02/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **17/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/02/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ALEXANDRE CRUZ DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170568267**
Vitima: **ALEXANDRE CRUZ DA SILVA**
Data do Acidente: **14/02/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170568267**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12704611



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros

Ass. Lider dos
PVA1



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0409288/17

Vítima: ALEXANDRE CRUZ DA SILVA

CPF: 061.650.544-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 14/02/2015

Titular do CPF: ALEXANDRE CRUZ DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

ALEXANDRE CRUZ DA SILVA : 061.650.544-20

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/10/2017

Nome: ALEXANDRE CRUZ DA SILVA

CPF: 061.650.544-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2017

Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo

CPF: 131.414.327-16

ALEXANDRE CRUZ DA SILVA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA ALEXANDRE LUIZ DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 14.02.2017 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 061.650.544-20

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) ALEXANDRE LUIZ DA SILVA

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador

E-mail alexandre.luz@outlook.com Tel 98337-1998

Data 05/10/2017 Assinatura Alexandre Luz da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC NOVA OBLIGATORIA

Atendente LUIZ Matrícula 8697-155

Data 05/10/2017 Assinatura [Assinatura]

SEGURO DPVAT LIDER DPVAT 15 17-07-2017 12:18 344115 14



LEC190

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

898002991276586

Nome: ALEXANDRE CRUZ DA SILVA

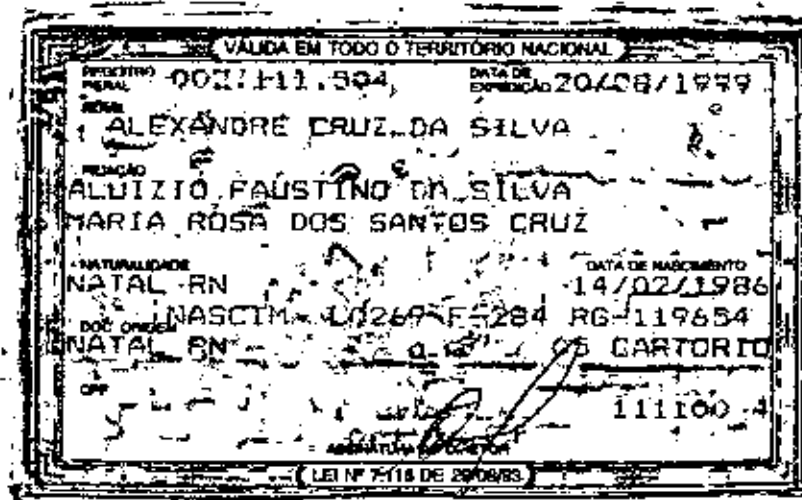
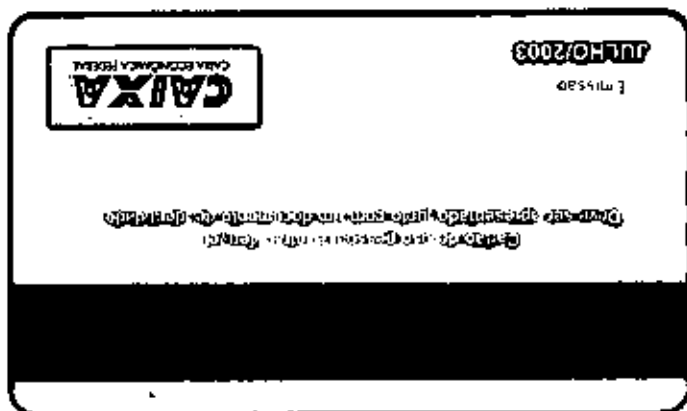
Data de nascimento: 14/02/1986

Sexo: M

Data de emissão: 08/03/2012

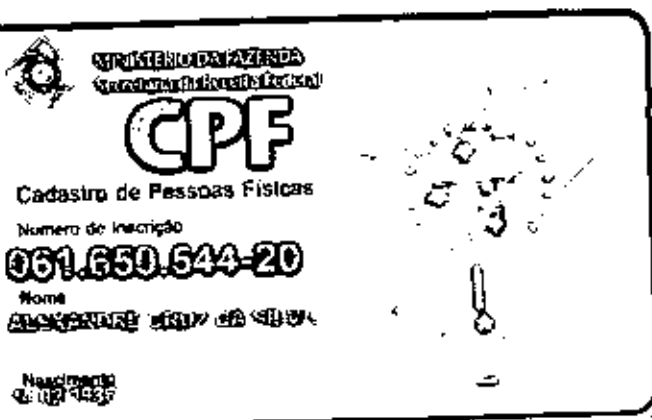
Município de residência: NATAL

UF: RN



RESENDA 11527 15001 15

17-07-2012 12:19 344127 1/1





Autorizacao de pagamento

紅



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

EU, ALEXANDRE CAVALCANTE DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 002 111 504

EXPEDIDO POR ITEP R N

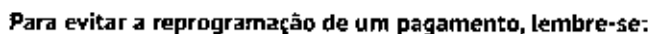
EM 20 / 08 / 1999 E

CPF 061650544-22 / CNPJ - - - - - , PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ALEXANDRE CAUZE DA SILVA, 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.



1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
BANCO 104 • AGÊNCIA 0034 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 73133-0

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

LOCAL *Natal RN* DATA *05/10/17*

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Alexandre Cruz da Silva



- 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

0234 013 73133.9

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

17500430568015

37.153 V004

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101	0800-726 2492	0800-725 7474
Reclamações, sugestões e elogios.	Atendimento a pessoas com deficiência auditiva ou de fala.	Ovidério



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE ALEXANDRE CRUZ DA SILVA
DATA DE ENTRADA 14/02/2015 **HORA** 03:32 **Nº BAA** 70814
IDADE 29 **SEXO** M **ETNIA** Pardo **CARTÃO SUS** -
CPF - **RG** 2111504 **ESTADO CIVIL** Solteiro(a)
NOME DA MÃE MARIA ROSA DOS SANTOS
NOME DO PAI -
NASCIMENTO 14/02/1986 **NATURALIDADE** -
TELEFONE - **PROFISSÃO** -
RUA/AV. MANGABEIRA Nº 00
COMPLEMENTO - **BAIRRO** AREA URBANA
CEP - **CIDADE** Macaíba-RN
ORIGEM Outra **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Moto - Carro
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Zilvan

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente relate ter sofrido queda de moto,
cassida pelo SPMV, com lesão de deformidade
no joelho esquerdo e 2º e 3º dedos. Relata uso
de álcool.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Visão geral normal.
B Ausculta. C. do. Expir. -
C
D Colapso - 1.
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

RAIOS - X

Realizado em: _____ Hora: _____
Técnico: _____

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATORIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
02:50	130/90			22	65		11

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura 7

CID

58
91

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS):

M (MEDICAÇÃO EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL):

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RX TORAX PA

RX TÓRAX ESO PA e lateral

RX PÉ e TÓRNO BOLA ESO e lateral

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Dr. Edson Montenegro
CRM 1760

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

OK - O Dr. Edson Montenegro
Realizou exame físico no
Vestibulo Cervical
e dor no ombro
mediano do lado
superior
e inferior

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: ORTOPEDIA

HORA: 4:25

DATA: 14/2

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

Dr. Edson Montenegro
CRM 1760

MÉDICO (CARIMBO)



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Alexandre Luiz da Silva Reg. Nº _____

Diagnóstico pré-operatório:

Fratura exposta punho (E) + Lesão
de tendão de extensores do pé (E)

Indicação terapêutica:

INTERVENÇÃO

INÍCIO: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: Ricardo

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas

e descrição dos processos - Ligaduras e suturas empregadas - Drenagem - Curativos

Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Obs.:

- ① Pte em DDA, sob anestesia
- ② inspeção + palp
- ③ limpeza C 15. F 0,9% abundante
- ④ remoção de extensores do pé (E)
- ⑤ aproximação de F.E. de punho (E)
- ⑥ limpeza C 15. F 0,9%
- ⑦ Sutura
- ⑧ Curativo

EXEMPLO DE ASSINATURA
NOME DO CIRURGIÃO
NOME DO ANESTESISTA

CONFERE COM ORIGINAL!
108 24/18



SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO - 1021002



PACIENTE	ALEXANDRE CRUZ DA SILVA						
CARTÃO SUS	-	Nº	1021002				
IDADE	29	SEXO	M	ETNIA	Pardo	ESTADO CIVIL	Solteiro(a)
NOME DA MÃE	MARIA ROSA DOS SANTOS						
NOME DO PAI	-						
RUA/AV.	MANGABEIRA	Nº	00	BAIRRO	AREA URBANA		
COMPLEMENTO	-	CIDADE	Macaíba-RN				
CEP	-	LEITO	061				
ESPECIALIDADE	Ortopedia	UNIDADE	Politrauma				
USUÁRIO	Elzelle						

ADMISSÃO 14/02/2015 07:07 ALTA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____ DIAS DE PERMANÊNCIA ____

DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura exposta perna @

DIAGNÓSTICO FINAL Lomplexo + fratura de fêmur an

perna @

Assinatura do médico responsável - CRM

Natal, ____/____/____

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES

2653923

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

ALEXANDRE CRUZ DA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO

1021002

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

14/02/1986

SEXO

MASCULINO

RAÇA/COR

PARDO

ETNIA

NOME DA MÃE

MARIA ROSA DOS SANTOS

DDD

TELEFONE DE CONTATO

RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO

ENDEREÇO (LOGRADOURO, Nº, COMPLEMENTO)

MANGABEIRA, 00.

BAIRRO

AREA URBANA

MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA

MACAÍBA

UF

RN

CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vítima de acidente de moto, apresenta
fract. exposta punho @ + lesão dos tendões

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

2. CT + GLE + RX

PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVA DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

TKO cirúrgico

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fractura de punho @

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

CLÍNICA

POLITRAUMA

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

DOCUMENTO

() CNS () CPF

Nº DOCUMENTO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

14/02/2015 07:07

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Thiago ...
CONSELHO DE ODONTOLÓGIA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

ACIDENTE

() TRÂNSITO

() TRABALHO TÍPICO

() TRABALHO TRAJETO

CNPJ DA SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ EMPRESA

CNAE DA EMPRESA

CBOR

VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DOCUMENTO

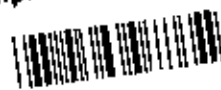
() CNS () CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

40 12/03

**DADOS DO CLIENTE**

JOSE FAUSTINO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:

AV NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO 820

CPF: 529.748.807-07

FELIPE CAMARAO AREA URBANA

NATAL R:1
59072-420

CLASSIFICAÇÃO

G: RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Mantoliseção

CORTA CONTINUA REF: 2017-09-20
 0115236016 09/2017
 DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISIVA PROXIMA LITIMIA
 10/10/2017 13/10/2017
 TOTAL A PAGAR (R\$) 128,32

DATA HISTORICA	DATA	EMISSAO
000000000	000000000	12/09/2017
DATA HISTORICA	DATA	EMISSAO
12/09/2017	000000000	12/09/2017

DECLARAZIONE DI AUTORE

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Adicional kWh	194,0000000	0,55878843	108,60
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,64
Acrescimo Bandeira VERMELHA			4,80
Contribuição Ruminação Pública			12,82

TOTAL DA FATURA

i 293

DEMONSTRATIVO DE CONTAS POR PAGAR

Nº DO MEMORAND	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DO DADO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (WH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
21000000	CAI	11/05/01	3 979,20	12/05/01	4 121,00	32	1,00000		194,00

Figure 1

APPENDIX A

Item	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%
COMPOSICAO DO CUSTO				
Energia	175,40	16,20	20,77	
Manutencao	115,40	1,21	1,21	
Transporte	115,40	5,51	5,51	
Seguranca				
Aluguel				
Outros				
Impostos				
Comunicacao				
Seguros				
FATORES APLICAVEIS				
Energia				
Manutencao				
Transporte				
Seguranca				
Aluguel				
Outros				
Impostos				
Comunicacao				
Seguros				

INFORMACIÓN

Il pagamento del 10% dell'acconto deve essere effettuato con assegno. Alla data del ritiro si dovranno avere i seguenti documenti: un unico assegniato (con il 10% dell'acconto) e il 90% del 10% dell'acconto. Il pagamento del 10% dell'acconto deve essere effettuato con assegno. Alla data del ritiro si dovranno avere i seguenti documenti: un unico assegniato (con il 10% dell'acconto) e il 90% del 10% dell'acconto.

Polizisten und die Polizei der 2001 in
analoge Verfahren. Diese Verfahren sind
ausgezeichnet, aber es konzentriert sich
hauptsächlich auf die Ermittlung der
Tatbestände, die die Täterinnen
haben. Die Polizei der 2001 ist Art 4,
Art 12 (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100) (101) (102) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (110) (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119) (120) (121) (122) (123) (124) (125) (126) (127) (128) (129) (130) (131) (132) (133) (134) (135) (136) (137) (138) (139) (140) (141) (142) (143) (144) (145) (146) (147) (148) (149) (150) (151) (152) (153) (154) (155) (156) (157) (158) (159) (160) (161) (162) (163) (164) (165) (166) (167) (168) (169) (170) (171) (172) (173) (174) (175) (176) (177) (178) (179) (180) (181) (182) (183) (184) (185) (186) (187) (188) (189) (190) (191) (192) (193) (194) (195) (196) (197) (198) (199) (200) (201) (202) (203) (204) (205) (206) (207) (208) (209) (210) (211) (212) (213) (214) (215) (216) (217) (218) (219) (220) (221) (222) (223) (224) (225) (226) (227) (228) (229) (230) (231) (232) (233) (234) (235) (236) (237) (238) (239) (240) (241) (242) (243) (244) (245) (246) (247) (248) (249) (250) (251) (252) (253) (254) (255) (256) (257) (258) (259) (260) (261) (262) (263) (264) (265) (266) (267) (268) (269) (270) (271) (272) (273) (274) (275) (276) (277) (278) (279) (280) (281) (282) (283) (284) (285) (286) (287) (288) (289) (290) (291) (292) (293) (294) (295) (296) (297) (298) (299) (300) (301) (302) (303) (304) (305) (306) (307) (308) (309) (310) (311) (312) (313) (314) (315) (316) (317) (318) (319) (320) (321) (322) (323) (324) (325) (326) (327) (328) (329) (330) (331) (332) (333) (334) (335) (336) (337) (338) (339) (340) (341) (342) (343) (344) (345) (346) (347) (348) (349) (350) (351) (352) (353) (354) (355) (356) (357) (358) (359) (360) (361) (362) (363) (364) (365) (366) (367) (368) (369) (370) (371) (372) (373) (374) (375) (376) (377) (378) (379) (380) (381) (382) (383) (384) (385) (386) (387) (388) (389) (390) (391) (392) (393) (394) (395) (396) (397) (398) (399) (400) (401) (402) (403) (404) (405) (406) (407) (408) (409) (410) (411) (412) (413) (414) (415) (416) (417) (418) (419) (420) (421) (422) (423) (424) (425) (426) (427) (428) (429) (430) (431) (432) (433) (434) (435) (436) (437) (438) (439) (440) (441) (442) (443) (444) (445) (446) (447) (448) (449) (450) (451) (452) (453) (454) (455) (456) (457) (458) (459) (460) (461) (462) (463) (464) (465) (466) (467) (468) (469) (470) (471) (472) (473) (474) (475) (476) (477) (478) (479) (480) (481) (482) (483) (484) (485) (486) (487) (488) (489) (490) (491) (492) (493) (494) (495) (496) (497) (498) (499) (500) (501) (502) (503) (504) (505) (506) (507) (508) (509) (510) (511) (512) (513) (514) (515) (516) (517) (518) (519) (520) (521) (522) (523) (524) (525) (526) (527) (528) (529) (530) (531) (532) (533) (534) (535) (536) (537) (538) (539) (540) (541) (542) (543) (544) (545) (546) (547) (548) (549) (550) (551) (552) (553) (554) (555) (556) (557) (558) (559) (560) (561) (562) (563) (564) (565) (566) (567) (568) (569) (570) (571) (572) (573) (574) (575) (576) (577) (578) (579) (580) (581) (582) (583) (584) (585) (586) (587) (588) (589) (590) (591) (592) (593) (594) (595) (596) (597) (598) (599) (600) (601) (602) (603) (604) (605) (606) (607) (608) (609) (610) (611) (612) (613) (614) (615) (616) (617) (618) (619) (620) (621) (622) (623) (624) (625) (626) (627) (628) (629) (630) (631) (632) (633) (634) (635) (636) (637) (638) (639) (640) (641) (642) (643) (644) (645) (646) (647) (648) (649) (650) (651) (652) (653) (654) (655) (656) (657) (658) (659) (660) (661) (662) (663) (664) (665) (666) (667) (668) (669) (670) (671) (672) (673) (674) (675) (676) (677) (678) (679) (680) (681) (682) (683) (684) (685) (686) (687) (688) (689) (690) (691) (692) (693) (694) (695) (696) (697) (698) (699) (700) (701) (702) (703) (704) (705) (706) (707) (708) (709) (710) (711) (712) (713) (714) (715) (716) (717) (718) (719) (720) (721) (722) (723) (724) (725) (726) (727) (728) (729) (730) (731) (732) (733) (734) (735) (736) (737) (738) (739) (740) (741) (742) (743) (744) (745) (746) (747) (748) (749) (750) (751) (752) (753) (754) (755) (756) (757) (758) (759) (760) (761) (762) (763) (764) (765) (766) (767) (768) (769) (770) (771) (772) (773) (774) (775) (776) (777) (778) (779) (780) (781) (782) (783) (784) (785) (786) (787) (788) (789) (790) (791) (792) (793) (794) (795) (796) (797) (798) (799) (800) (801) (802) (803) (804) (805) (806) (807) (808) (809) (810) (811) (812) (813) (814) (815) (816) (817) (818) (819) (820) (821) (822) (823) (824) (825) (

UNIDADES E FREQUENCIA DAS ORIENTAÇÕES

CONSUMO		VALOR FATURADO	LITROS ENTREGUES	LITROS TRANSFERIDOS	LITROS RETENIDOS	TENSÃO DE TUBULAÇÃO		
TOTAL		MACIÇO?				TENSÃO TOTAL(M)	LITROS DE TUBULAÇÃO (M) BOMBO	ALUMEN
DAC								
PTC		9,35	6,18	18,30	20,17		202	73
DACIC		3,00	5,13	6,35	12,78	770		

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1037.

COUNTRY	NUMBER OF INVESTORS	
	2002	2003
70	202	231

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alexandre Cruz da Silva

RG nº 002111504, data de expedição 20/08/99, Órgão HEP RN,

CPF nº 061650544-20, 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>AVENIDA NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO</u>
Número	<u>829</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>FELIPE CAMARÃO</u>
Cidade	<u>NATAL</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59072-420</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 98777-1998</u>
E-mail	<u>alexandacruz140@uol.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Natal/RN 05-10-87

Assinatura do Declarante: Alexandre Cruz da Silva



Eu, Alexandre Cruz da Silva, portador da carteira de identidade nº 002.111.504 e inscrito no CPF/MF sob o nº 061650344-20, residente e domiciliado na Av. Nossa Senhora do Annunzio, 829, Cidade NATAL, 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.

Alexandre Cruz da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

NATAL/RN, 05.10.2017

Local e data



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

OCORRÊNCIA: 83318290
Comunicação: C1849762
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PRF: 1059545 - CARLOS ALEXANDRE PEREIRA RAMOS Data/Hora do Acidente (hora local): 14/02/2015 02:18 BR: 226 KM: 2,5
Município/UF: MACAIBA/RN Tipo de Acidente: Colisão frontal Sentido da Via: Decrescente
Fase do dia: Plena noite Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Vertical, Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Não
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário da solicitação:
Data e horário do

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA:

Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Residencial
Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Sim É pavimentado? Sim Largura (m): 2
Possui defesa? Não existe Possui meio-fio? Conservada(o) Possui sarjeta? Conservada
Existe canteiro central? Não Estado de Conservação: Largura (m): 0 Tipo de Inclinação:
Obstáculo ao Cruzamento: Não Informado Estado de Conservação do Obstáculo:
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Regular Ocupação: Livre
Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Simples Qtd. de Faixas: 2
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reta Curva Vertical: Superelevação: Não
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 6,5 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/03/2015 14:27:31
NÚMERO DE CONTROLE: ea815f57f2ca3910



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

OCORRÊNCIA: 83318290
Comunicação: C1849762
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PROQUÍ

Local Parcialmente Desfeito

IR-276
Full
70016



- LEGENDA:
- Automóvel
 - Veículo Trator
 - Pedestre
 - Ponto B
 - Ponto P
 - Ponto C
 - Ônibus
 - Animal
 - Capotagem
 - Caminhão
 - Tombamento
 - Incêndio
 - Local de colisão
 - Marcha à ré
 - Placa de Trânsito
 - Trem
 - Conjugado
 - Objeto Fixo
 - Ponto A'
 - Ponto A
 - Antes da Colisão
 - Marca de Frenagem
 - Veículo Ausente
 - Reboque/Semi-reboque
 - Triângulo de Amarração
 - Veículo de 2 ou 3 rodas
 - Marcha à frente
 - Patinação ou Derrapagem
 - Deposito da Colisão

← Cresc - Macaíba

Decres - Natal →

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

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

Narrativa da Ocorrência:

Conforme declararam os condutores envolvidos, o v1 ao sair da curva, perdeu o controle de direção, colidindo frontalmente no v2, que transitava no sentido inverso.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: 09B-2539 Sequencial: V1 Descrição: _____ Chassi: 9C2KC1680FR544502 Renavam: 01028974377
Marca/Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI Cor: PRETA Ano: 2015 Tipo: Motocicletas Emplacamento: NATAL/RN
Ocupantes: 1 Espécie: _____ Categoria: Particular
Proprietário: JOSE REGINALDO FERREIRA DA SILVA CPF/CNPJ: 000.000.000-00
Endereço: _____ CEP: _____
Município/UF: _____ Telefones: _____

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: _____ Placa U2: _____ Placa U3: _____ Placa U4: _____
Origem: NATAL/RN - BRASIL Destino: MACAIBA/RN - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

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

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

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

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

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

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/03/2015 14:27:31
NÚMERO DE CONTROLE: 0a81515712ca3910



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

OCORRÊNCIA: 83318290
Comunicação: C1849762
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

CONDUTOR DO VEÍCULO

Veículo: V2/MYP-9007
Nome/Apelido: TIAGO NAZARENO DE OLIVEIRA
Data de Nascimento: 24/10/1966 Sexo: Masculino Estado Civil: Casado
Nome do Pai: ANTÔNIO PINTO DE OLIVEIRA
Nome da Mãe: FRANCISCA PINHEIRO DE OLIVEIRA
Endereço: R Q1 INDA - NUM. 3 CEP: 59.070-370
Município/UF: NATAL/RN Telefones: Grau de Instrução: Fundamental
Naturalidade: NATAL/RN Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: OUTRAS OCUPACOES NAO
CPF: 408.194.944-68 Documento de Identificação: 694519 Órgão Expedidor: ITEP /RN
Origem: Destino: 1
Estado Físico: Iluso Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Sim Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Não
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AE Registro CNH: 0121452230 /RN Primeira Habilitação: 04/04/1986
Validade CNH: 17/03/2016 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences:
Informações Complementares:

ENCERRAMENTO DO BOLETIM

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

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/03/2015 14:27:31
NÚMERO DE CONTROLE: ea815f57f2ca3910



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

OCORRÊNCIA: 83318290
Comunicação: C1849762
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: MYP-9007 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 98WEB05W66P030268 Renavam: 00879021748
Marca/Modelo: VW/SAVEIRO 1.6 Cor: BRANCA Ano: 2006 Tipo: Caminhonete Emplacamento: NATAL/RN
Ocupantes: 2 Espécie: Categoria: Particular
Proprietário: Natal Service Ltda CPF/CNPJ: 08.412.520/0001-13
Endereço: CEP: -
Município/UF: Telefones: -

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: NATAL/RN - BRASIL Destino: NATAL/RN - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Transitava em sentido oposto Saída da Pista? Não Derrepagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom
Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

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

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

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

CONDUCTOR ENVOLVIDO

Veículo: VI/008-2539
Nome/Apelido: ALEXANDRE CRUZ DA SILVA
Data de Nascimento: 14/02/1986 Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro
Nome do Pai: ALUIZIO FAUSTINO DA SILVA
Nome da Mãe: MARIA ROSA DOS SANTOS CRUZ
Endereço: R NS DO LIVRAMENTO - NUM. 829, FELIPE CAMARÃO CEP: 59.072-420
Município/UF: NATAL/RN Telefones: Grau de Instrução: Fundamental
Naturalidade: NATAL/RN Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: OUTRAS OCUPACOES NAO
CPF: 061.650.544-20 Documento de Identificação: 002111504 Órgão Expedidor: Itap /RN
Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio da Ingestão de Alcool? Sim
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Não Categoria CNH: Registro CNH: Primeira Habilitação:
Validade CNH: País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences:
Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUCTOR

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

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/03/2015 14:27:31
NÚMERO DE CONTROLE: ea815f572ca3910



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V1 / HONDA/CG150 FAN ESDI	Placa: OGB-2539
Nome do Agente/Assinatura: CARLOS ALEXANDRE PEREIRA RAMOS	Nº BOAT: 83318290
Registro/Matrícula do Agente: 1069545	Data: 14/02/2015 02:18

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	SIM	NÃO	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc.)	2		X	
3	Amortecedor(es) tras. (incluindo fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc.)	2		X	
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1	X		
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2	X		
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
Descrição- Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesa sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedores) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	

Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA":

6

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinalar abeno o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☒ Dano de Pequena Monto: até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- ☐ Dano de Média Monto: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- ☐ Dano de Grande Monto: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independentemente do somatório de pontos.

Observações:

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

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

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

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

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

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/03/2015 14:27:31

NÚMERO DE CONTROLE: ea815f57f2ca3910



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

OCORRÊNCIA: 83318290

Comunicação: C1849762

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V2 / VW/SAVEIRO 1.6	Placa: MYP-9007
Nome do Agente/Assinatura: CARLOS ALEXANDRE PEREIRA RAMOS	Nº BOAT: 83318290
Registro/Matrícula do Agente: 1069545	Data: 14/02/2015 02:18

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Teto	1		X		26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Panela corta fogo	3		X		28	Assolho portão lateral / Assolho	1		X	
4	Panela dianteira	1		X		29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2		X		30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3		X		31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1		X		32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1		X	
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2		X		35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1		X		36	Porta traseira direita	1		X	
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3		X		37	Coluna central externa direita	1		X	
13	Porta dianteira esquerda	1		X		38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X	
14	Soleira externa esquerda	1		X		39	Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3		X		40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
16	Assolho central esquerdo	3		X		41	Assolho central direito	3		X	
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1		X	
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1		X	
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3		X	
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1		X	
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2		X	
22	Lateral traseira esquerda	1	X			47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3		X	
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X	
24	Tampa traseira	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":		3			
25	Panela Traseira / divisor	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":		0			
Total de pontos "SIM" + "NA":								3			

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
49	Air Bag Motorista		X	55	Faróis		X
50	Air Bag Passageiro		X	56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa		X	59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros		X				

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☒ Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
- ☐ Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
- ☐ Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

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

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

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

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

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

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/03/2015 14:27:31

NÚMERO DE CONTROLE: aaB15f72ca3910



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

OCORRÊNCIA: 83318290
Comunicação: C1849762
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

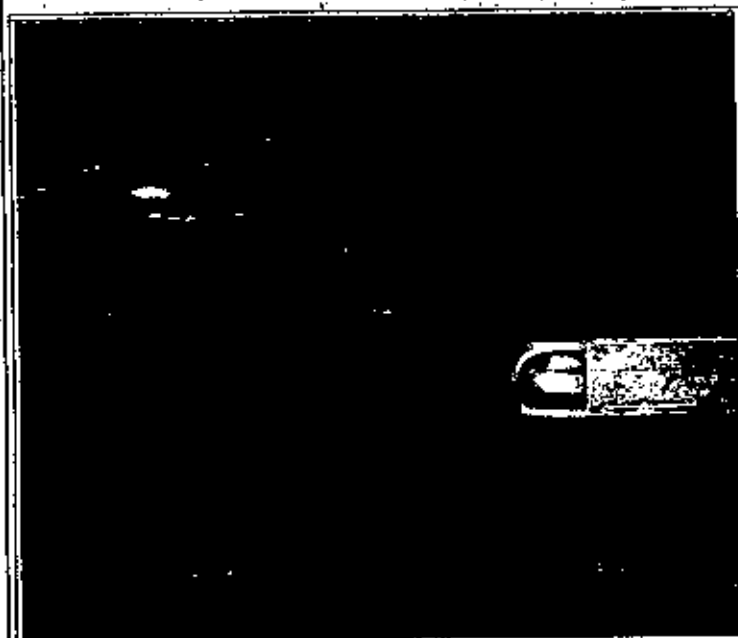
Veículo: V2 / VW/SAVEIRO 1.6	Placa: MYP-9007
Nome do Agente/Assinatura: CARLOS ALEXANDRE PEREIRA RAMOS	Nº BOAT: 83318290
Registro/Matricula do Agente: 1069545	Data: 14/02/2015 02:18



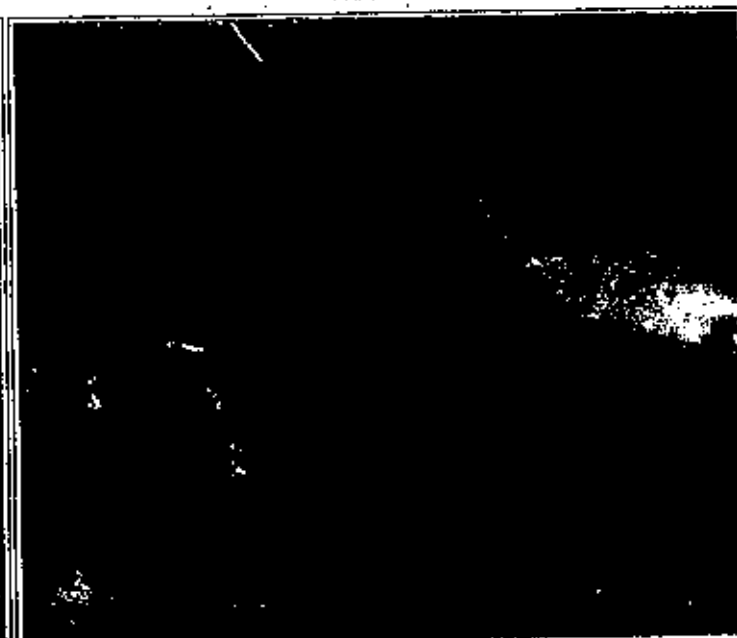
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/03/2015 14:27:31
NÚMERO DE CONTROLE: ea815f57f2ca3910



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V1 / HONDA/CG150 FAN ESD

Placa: OGB-2539

Nome do Agente/Assinatura: CARLOS ALEXANDRE PEREIRA RAMOS

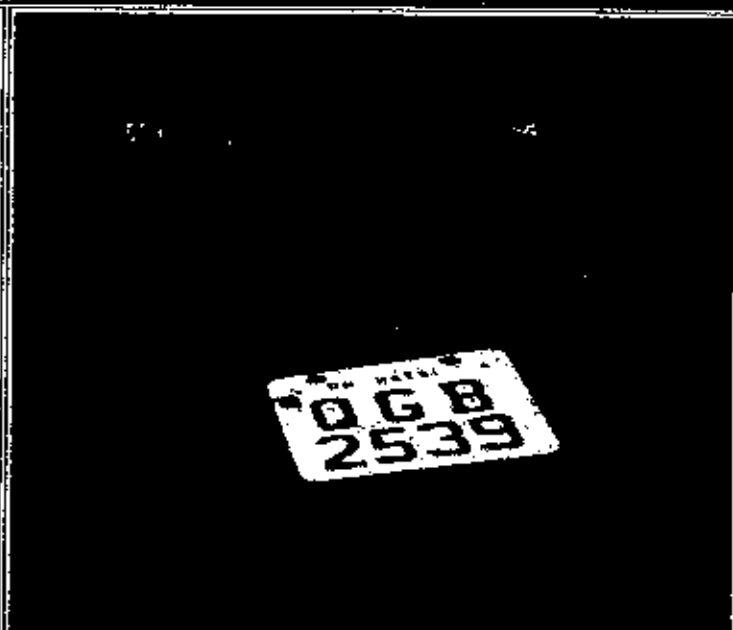
Nº BOAT: 83318290

Registro/Matrícula do Agente: 1069545

Data: 14/02/2015 02:18



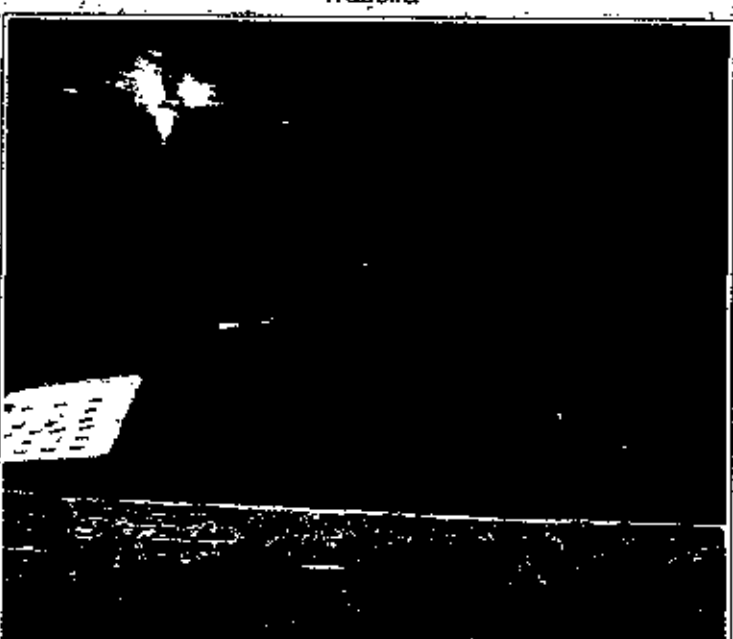
Frete



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/03/2015 14:27:31

NÚMERO DE CONTROLE: 00815157f2ca3910

ENCERRADA EM 14/02/2015 02:18