

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.125,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIEGO DE SOUZA AMARAL

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02840-1

CONTA: 000000030992-3

Nr. Autenticação

BRADESCO220220190500000000023702840000000309921012500 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190096394 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIEGO DE SOUZA AMARAL **Data do acidente:** 03/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de tibia esquerda
TRM coluna toracica alta (D5)

Descrição do exame físico: coluna vertebral: cicatriz cirurgica na regiao coluna toracica,
paraplegia flaccida a sem controle de esfinteres
MIE: cicatrizes puntiformes na face medial da perna, aumento de
volume da perna, limitação na flexao do joelho a 120 graus e extensao do
joelho a 10 graus, hipotrofia do quadriceps e redução da força muscular do
membro

Resultados terapêuticos: cirugico para a perna esquerda (fixador externo) e para a coluna
toracica (artrodese T3-T7 +osteotomia T5)
Alta: fevereiro de 2019

Sequelas permanentes: paciente paraplegico, sem controle de sfinteres, com limitação
funcional no joelho esquerdo conforme descrito no exame fisico e redução da
força muscular do membro

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/02/2019

Conduta mantida:

Observações: EM CONFORMIDADE COM ANALISE TECNICA, DOCUMENTAL E AVALIAÇÃO REALIZADA PAGO DANO FUNCIONAL EM
AMBOS OS MEMBROS INFERIORES 75%

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de ambos os membros inferiores | 100 % | Em grau intenso - 75 % | 75% | R\$ 10.125,00 |
| | | Total | 75 % | R\$ 10.125,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190096394 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIEGO DE SOUZA AMARAL **Data do acidente:** 03/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de tibia esquerda
TRM coluna toracica alta (D5)

Descrição do exame físico: coluna vertebral: cicatriz cirurgica na regiao coluna toracica,
paraplegia flaccida a sem controle de esfinteres
MIE: cicatrizes puntiformes na face medial da perna, aumento de
volume da perna, limitação na flexao do joelho a 120 graus e extensao do
joelho a 10 graus, hipotrofia do quadriceps e redução da força muscular do
membro

Resultados terapêuticos: cirugico para a perna esquerda (fixador externo) e para a coluna
toracica (artrodese T3-T7 +osteotomia T5)
Alta: fevereiro de 2019

Sequelas permanentes: paciente paraplegico, sem controle de sfinteres, com limitação
funcional no joelho esquerdo conforme descrito no exame fisico e redução da
força muscular do membro

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/02/2019

Conduta mantida:

Observações: EM CONFORMIDADE COM ANALISE TECNICA, DOCUMENTAL E AVALIAÇÃO REALIZADA PAGO DANO FUNCIONAL EM
AMBOS OS MEMBROS INFERIORES 75%

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de ambos os membros inferiores | 100 % | Em grau intenso - 75 % | 75% | R\$ 10.125,00 |
| | | Total | 75 % | R\$ 10.125,00 |

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190096394

Nome do(a) Examinado(a): DIEGO DE SOUZA AMARAL

Endereço do(a) Examinado(a): TV NO LIMITE, 706 - RIO BRANCO/AC - CEP 69915-138

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 11534789 - SEPC AC

Data e Local do Acidente : 03/11/2018

Data e Local do Exame : 14/02/2019 RUA GUANABARA, 3456 - ESQUINA COM A RUA PA - PORTO VELHO/RO - CEP 76803-842

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Diagnóstico: Fratura exposta de tibia esquerda
TRM coluna toracica alta (D5)

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: cirúrgico para a perna esquerda (fixador externo) e para a coluna toracica (artrodese T3-T7 + osteotomia T5)

Alta: fevereiro de 2019

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Exame físico: coluna vertebral: cicatriz cirúrgica na região coluna toracica, paraplegia flácida a sem controle de esfínteres

MIE: cicatrizes puntiformes na face medial da perna, aumento de volume da perna, limitação na flexão do joelho a 120 graus e extensão do joelho a 10 graus, hipotrofia do quadriceps e redução da força muscular do membro

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

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

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Funcional: paciente paraplegico, sem controle de esfínteres, com limitação funcional no joelho esquerdo conforme descrito no exame físico e redução da força muscular do membro.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

- | | |
|---|---|
| <p>() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</p> | <p>Vide motivo do impedimento no campo das observações</p> <p>() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|---|---|

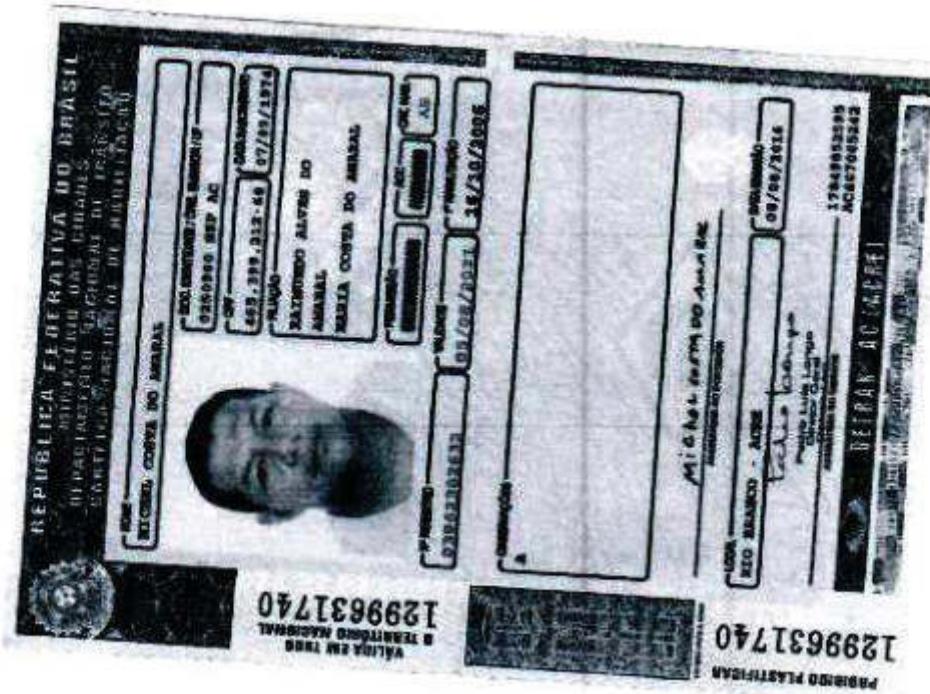
b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

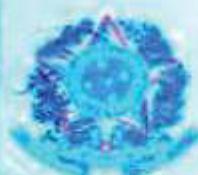
| | |
|---|---|
| Região Corporal membro inferior esquerdo | Região Corporal sistema nervoso central |
| % do Dano () 10% residual () 25% leve | % do Dano () 10% residual () 25% leve |
| (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal | Região Corporal |
| _____ | _____ |
| % do Dano () 10% residual () 25% leve | % do Dano () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |

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

José Luis Silverio Cabanillas
José L. Silverio C.
Médico Ortopedista
CREMERO-1822

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF : RO





LIVRO: 197-P

FOLHA: 085/F

PROCURAÇÃO BASTANTE QUE FAZ: DIEGO DE SOUZA AMARAL, EM FAVOR DE MICHEL COSTA DO AMARAL.

Saibam quantos este público instrumento de procuração bastante virem que, aos vinte e seis dias do mês de dezembro do ano de dois mil e dezoito (26/12/2018), em diligência no Hospital das Clínicas do Acre, em Rio Branco-AC, tendo como outorgante: **DIEGO DE SOUZA AMARAL**, brasileiro, solteiro, entregador, portador da cédula de identidade nº 11334789 SEPC/AC, inscrito no CPF/MF nº 039.393.642-23, nascido em 18/09/1996, filho de Michel Costa do Amaral e de Sandra Maria de Souza Nogueira, residente e domiciliado na Travessa No Limite II, nº 706, Esperança, Rio Branco/AC. Reconhecido como o próprio de mim, cuja a capacidade ora reconheço, assim como sua identidade, face o documento original apresentado, nos termos do inciso II do §1º do artigo 215 do Código Civil Brasileiro, é dado fé por escrevente. E, pelo mesmo outorgante, me foi dito que por este público instrumento e nos termos de direito, nomeia e constitui seu bastante procurador: **MICHEL COSTA DO AMARAL**, brasileiro, casado, eletricista, portador da cédula de identidade nº 0250900 SSP/AC, inscrito no CPF/MF nº 465.399.212-68, nascido em 07/09/1974, filho de Raimundo Alves do Amaral e de Maria Costa do Amaral, residente e domiciliado na Travessa No Limite II, nº 706, Esperança, Rio Branco/AC. A quem confere poderes específicos para representá-la junto ao **Banco Bradesco S/A**, podendo para tanto, abrir contas de deposito, autorizar cobrança, utilizar o credito aberto na forma e condições, receber, passar recibo e dar quitação, solicitar saldo, extratos e comprovantes, autorizar débito em conta relativo a operações, requisitar cartão eletrônico, movimentar conta corrente com cartão eletrônico, efetuar transferências/pagamentos, inclusive por meio eletrônico, cadastrar, alterar e desbloquear senhas, efetuar saques - conta corrente, efetuar saques - conta poupança, efetuar pagamentos por meio eletrônico, efetuar transferência por meio eletrônico, efetuar pagamentos, solicitar saldos/extratos de operações de credito, emitir comprovantes, efetuar transferência p/ mesma titularidade - meio eletrônico, encerrar contas de deposito, solicitar alteração de limites de movimentação; confere ainda poderes para representá-lo perante qualquer unidade de atendimento do **Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS**, para tratar de todo e qualquer assunto de interesse do mandante, podendo ainda, requerer beneficio; juntar e retirar documentos; realizar cadastramento e/ou recadastramento; fazer declarações e justificações; receber pensões, beneficios e auxílios, vencidos e vincendos; assinar livros e termos; dar recibos e quitações; retirar recibos e declarações de quitação; Podendo ainda em especial, requerer junto a qualquer seguradora integrante do consorcio de seguro DPVAT, em especial **Seguradora Lider**, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de transito o outorgante acima descrito e qualificado, ocorrido em 03/11/2018, podendo assim, o outorgado representar o outorgante como se o próprio fosse, podendo em especial, requerer quaisquer documentos que forem necessários, praticar todos os atos necessários, enfim, praticar todos os atos necessários e em lei permitidos para o completo desempenho do presente mandato, o que tudo dará o outorgante por bom, firme valioso, como se presente estivesse. O Tabelião reserva-se o direito de não corrigir erros, neste instrumento, advindos das declarações do outorgante. Sendo Totalmente do outorgante e outorgado a Responsabilidade Civil e Criminal pelos

*Jair Vitor dos Santos,
Estreven*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Rio Branco - Estado do Acre

3º Tabelionato de Notas e 3º Registro Civil das Pessoas Naturais
Fredy Piaheiro Damasceno Salgado - Tabelião e Oficial Interventor

LIVRO: 197-P

FOLHA: 085/V

Poderes aqui conferidos e atos que venham a ser praticados, respectivamente, isentando o estas Notas, de quaisquer Responsabilidades. Assim o disse e dou fé. A pedido do Outorgante, lavrei o presente ato que lhe sendo feita e lida pelo outorgante, achando em tudo conforme, aceita, outorga e assina. Eu, **João Victor dos Santos Melo**, Escrevente Autorizado a escrevi, conferi e subscrevo e assino ao final. Documento válido somente com o selo de fiscalização **A2000002F6**, chave de acesso nº **3D3D1**; Consultar Selo em <https://selo.tjac.jus.br/extrajud/consulta.xhtml>. Pagos os emolumentos R\$ 31,87 (85%); fundo de compensação R\$ 1,88 (5%), fundo de fiscalização R\$ 3,75 (10%); Total: R\$ 37,50 (100%). Outorgante: **DIEGO DE SOUZA AMARAL**. Eu, **João Victor dos Santos Melo**, Escrevente Autorizado, que a trasladei, conferi, subscrevo, dou fé e assino em público e raso.

Em Test^o _____ da Verdade.

Rio Branco-AC, 26 de dezembro de 2018.

JOÃO VICTOR DOS SANTOS MELO
Escrevente Autorizado

3º TABELIONATO DE NOTAS
E 3º REGISTRO CIVIL





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190096394 Vítima: DIEGO DE SOUZA AMARAL

Data do Acidente: 03/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MICHEL COSTA DO AMARAL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DIEGO DE SOUZA AMARAL

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 10.125,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de ambos os membros inferiores 100%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 100%) 75,00%
Valor a indenizar: 75,00% x 13.500,00 = R\$ 10.125,00

Recebedor: DIEGO DE SOUZA AMARAL

Valor: R\$ 10.125,00

Banco: 237

Agência: 000002840-1

Conta: 0000030992-3

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

| | | | | |
|--|---|---|---------------------------------------|-----------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 039.393.642-23 | Nome completo da vítima: Diego de Souza Amaro | | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | | |
| Nome completo: Diego de Souza Amaro | Endereço: TV. no Limite | CEP: 69915-138 | CPF: 039.393.642-23 | Estado: Acre |
| Profissão: Entregador | Bairro: Parc. Esperança | Cidade: Rio Branco | Número: 706 | Complemento: lota |
| E-mail: | | | TEL. (DDD): (68) 93944-8531 | |

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

RENDIMENTO MENSAL:

| | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA: **2840** CONTA: **30992 3**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou
 nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou
 pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: **Rio Branco-Acre 31/01/2019**

Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Diego de Souza Amaro
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



PRF



Acidente nº 18062626B01

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 364

KM: 129,0 - Crescente

Município: RIO BRANCO/AC

Data: 03/11/2018

Hora: 10:50

Policial responsável pelo atendimento: RICHELLY SILVA, matrícula 1999748

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Simples

Condicação da pista: Seca

Estrutura viária: Curva

Localidade urbanizada:

Acostamento:

Canteiro central:

Condicação meteorológica: Céu Claro

Fase do dia: Pleno dia



NARRATIVA

No dia 03/11/2018, por volta das 10:50 h, no km 129 da BR-364, no município de Rio Branco-AC, ocorreu um acidente, do tipo saída de pista, com uma vítima de natureza leve. O veículo envolvido foi a motocicleta HONDA CG de placa MZT6870, conduzido pelo senhor Diego de Souza Amaral que havia sido levado ao hospital pelo SAMU. Com base na análise dos vestígios do local e relatos do motorista, constatou-se que o veículo trafegava na faixa de trânsito do sentido crescente (PORTO VELHO - SENA MADUREIRA), quando, segundo o condutor, teve um mal súbito, vindo a perder o controle do veículo saindo da pista de rolamento e caindo na vegetação lateral da via. Populares socorreram a vítima e acionaram o SAMU que o levou para o hospital onde prestou as informações sobre o acidente, porém estava sob cuidados médicos esperando para realizar exames. Por esse motivo não foi possível realizar teste de etilômetro no condutor/vítima. O Veículo teve avarias em todas as suas partes conforme registro fotográfico anexo. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Observações: O local do acidente não estava preservado já que haviam retirado o veículo do local, porém apresentava boa sinalização horizontal e vertical e o tempo estava seco, claro e não havia buracos no trecho do ocorrido. O veículo ficou sob os cuidados do proprietário o senhor Nilzan Costa da Silva Santos CPF: 604547922-04.

EVENTOS SUCESSIVOS

| Ordem | Tipo de Evento | Veículos Envolvidos |
|-------|---------------------------|---------------------|
| 1 | Saída de leito carroçável | |



Documento assinado eletronicamente por RICHELLY SILVA, matrícula 1999748, Policial Rodoviário Federal, em 04/11/2018, às 05:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062626B01 e o número de controle 66DC660524852DDE3EA078DE48DB8C



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062626B01



PRF

IMAGENS PANORÂMICAS



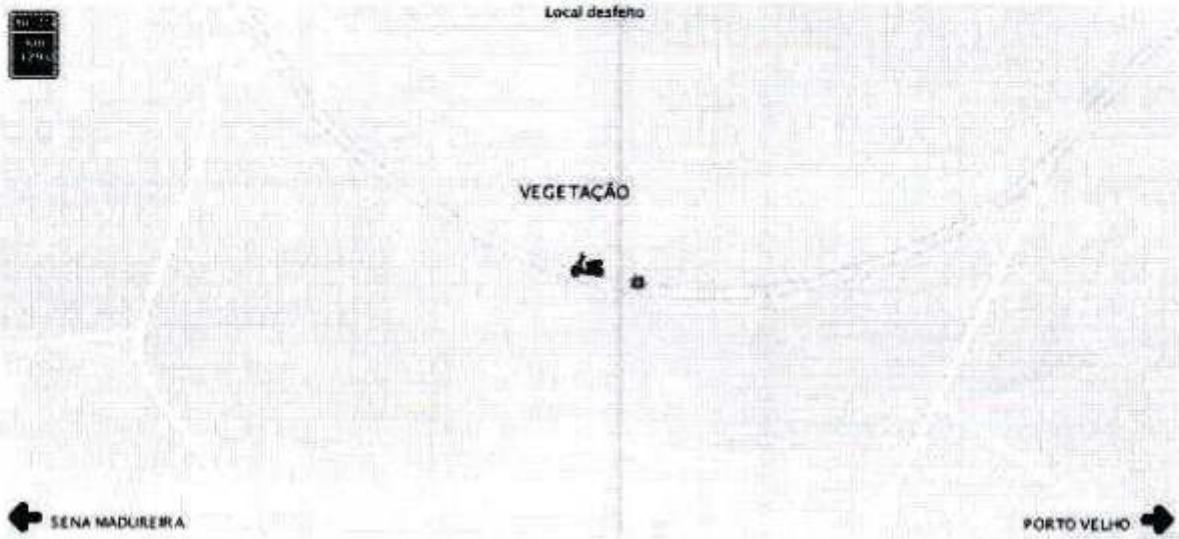
SENTO CRESCENTE



SENTO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RICHELLY SILVA, matrícula 1999748, Policial Rodoviário Federal, em 04/11/2018, às 05:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062626B01 e o número de controle 66DC660524852DDE3EA078DE48DB8C



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062626B01



PRF

v1



MZT6870

Placa: MZT6870 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: HONDA/CG 125 TITAN KS/2003

Benavam: 00812546717

Chassis: 9C2IC30104B026137

Tipo de Véhiculo: Motocicleta

Especie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento.

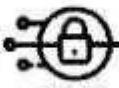
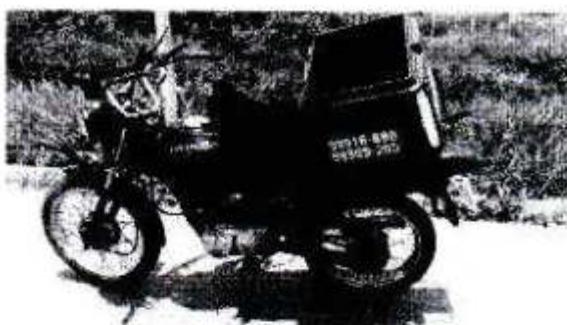
PROPRIETÁRIO

Nome: NILZAN COSTA DA SILVA SANTOS

CPE/CNPI: 604 547 922-04

Endereço: BLOCO BRANCO/AC

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por RICHELLY SILVA, matrícula 1999748, Policial Rodoviário Federal, em 04/11/2018, às 05:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 18062626B01 e o número de controle 66DC660524852DDE3EA078DE48DBBC.



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062626B01



PRF

V1



DIEGO DE SOUZA AMARAL

Placa do veículo: MZT6870

Marca/modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS

Envolvimento: Condutor

Nome: DIEGO DE SOUZA AMARAL

CPF: 039.393.642-23

Data de nascimento: 18/09/1996

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Sim

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AB **Data primeira habilitação:** 09/06/2016

Nº Registro: 06635698803 **UF:** AC **Data de vencimento da habilitação:** 14/07/2020

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 99

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: TRAV NO LIMITE II, 706 - CONJ ESPERANCA II NR, FLORESTA, RIO BRANCO/AC

Telefone/email: 999517027/NÃO INFORMADO



Autenticação
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RICHELLY SILVA, matrícula 1999748, Policial Rodoviário Federal, em 04/11/2018, às 05:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062626B01 e o número de controle 66DC660524852DDE3EA078DE48DB8C



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062626B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG 125 TITAN KS

Placa: MZT6870

Nome do agente: RICHELLY SILVA

Nº BOAT: 18062626B01

Matrícula do agente: 1999748

Data: 03/11/2018

| Item | Descrição do item | Item danificado no acidente | | |
|------|--------------------------------------|-----------------------------|-------|-------|
| | | SIM* | NÃO** | NA*** |
| 1 | Garfo dianteiro | X | | |
| 2 | Mesa superior da suspensão dianteira | X | | |
| 3 | Mesa inferior da suspensão dianteira | X | | |
| 4 | Coluna de direção | X | | |
| 5 | Chassi | | X | |
| 6 | Garfo traseiro | | X | |
| 7 | Eixo traseiro (triciclos) | | X | |

Total geral (SIM + NA): 4

Dimensão da monta: Média



*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Autenticação
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RICHELLY SILVA, matrícula 1999748, Policial Rodoviário Federal, em 04/11/2018, às 05:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobetautenticar>, informando o protocolo 18062626B01 e o número de controle 66DC680524852DDE3EA078DE48DB8C

CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2595003 DATA: 03/11/2018 HORA: 11:12 USUARIO: ERICO
CNS: 706203052805969 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

| | | | |
|------------------|------------------------|---------------------------------|--------------|
| NOME | DIEGO DE SOUZA AMARAL | DOC...: | NT |
| IDADE..... | 22 ANOS | SEXO...: | MASCULINO |
| ENDERECO..... | TRAVESSA NO LIMITE II | NUMERO: | 706 |
| COMPLEMENTO.... | BAIRRO: ESPERANCA | | |
| MUNICIPIO..... | RIO BRANCO | UF: AC | CEP...: |
| NAME PAI/MAE...: | MICHEL COSTA DO AMARAL | /SANDRA MARIA DE SOUZA NOGUEIRA | |
| SPONSAVEL....: | CONDUZIDO PELO SAMU | TEL...: 999517027 | |
| PROCEDENCIA....: | VIA VERDE | COMPREV PREVIDENCIA SAU | |
| ATENDIMENTO....: | ACIDENTE DE MOTO | PLANO DE SAUDE....: | NAO |
| CASO POLICIAL.: | NAO | VEIO DE AMBULANCIA: | SIM JAN 2010 |
| ACID. TRABALHO: | SIM | TRAUMA: | SIM |

PA [100 X 50] mmHg PULSO [] TEMP. [] PESO [] Peso [60] SPO2 [91]

EXAM.COMPL. [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TCI [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Reciente trazido pelo SAMU, com parada respiratória cervical com fratura exposta em pescoço (S2). RR: 18/10/10 ABD: Frio e doloroso. Fractura de tibia e fibula sem acidente automobilístico/moto.

UBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

CALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Rx de Coluna

2) Dexametasona 10mg IV

3) Flutamida 200mg IV

4) Cefalosporina 1g IV

NEURO

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIA

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

5) Transf. para URG. 10 min () 11/30

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: []ATE 48HS [] APÓS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PESSOAL RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

11:12 hs deu entrada pct, conduzido pelo samu em veiculo
pronto resgate colo envio vitime de acidente moto, exame
externo com fractura exposta L5/6. fratura
costela luisa em encontro L5/6.

tcc Francisco

12:20h - Babo A se tornou seu paciente ~~mais procurado~~
Dr. Hugo M. G. M. C.R.N. 1379
Cirurgião-Dentista
CRM-RJ 234
D.S.C. 4087

12:40h 02 - 75x38

Spor apt.

FC: sn bpon

14h - Busto hipertr., TC de abdôm protra. de obes. abd.
ax (T-12). (42cm)

co: Babo RVC em puberdade
Início Bradenelio 20m/1h
No. Nuruinjia



SAME / HUERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Diego S. Ribeiro

03.1118 Neuro

Paciente sedento, isocôncava,
guta, os estímulos alivia,
falta os miss, paciente leva

Cerebel & lesões

et lombor & lesões

et dorsal fendas cerebrais

vertebrais

polidroide: TBM torac

torac torax

torax, mte

Walls VTL + lib. p/ Uter

Dr. Hugo M. G. M. C.R.N. 1379
Cirurgião-Dentista
CRM-RJ 234
D.S.C. 4087
R. Hugo Carneiro N° 234 - Bangu
Fone: 3223-4087