

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03526-2

CONTA: 000010052046-4

Nr. da Autenticação 13D1444E5FB3E422

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180343123 **Cidade:** Apodi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS **Data do acidente:** 26/04/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA, NA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DOR NO FÊMUR DIREITO, AO FORÇAR APOIO NO SOLO, MARCHA CLAUDICANTE E INSTABILIDADE EM LONGA PERMANÊNCIA EM PÉ. RETRAÇÃO CICATRICAL E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR NO REFERIDO MEMBRO.

Resultados terapêuticos: DÉFICIT FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/03/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180343123
Nome do(a) Examinado(a): Maria Daliane da Silva Dantas
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joel do Amaral Gurgel, 83
Leandro Bezerra Caraubas RN CEP: 59780-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 003499251
Data local do acidente: [26/04/2018]
Data local do exame: [11/03/2019] Jucurutu [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA COMINUTIVA, NA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO

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

Tratamento: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSINTESE DO FÊMUR DIREITO, FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS EVOLUIU COM DÉFICIT FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA.
Data da Alta: 30/06/2018

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA DOR NO FÊMUR DIREITO, AO FORÇAR APOIO NO SOLO, MARCHA CLAUDICANTE E INSTABILIDADE EM LONGA PERMANÊNCIA EM PÉ. RETRAÇÃO CICATRICIAL E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR NO REFERIDO MEMBRO.

- IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "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):

MEMBRO INFERIOR - Lado 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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Francisco José de Oliveira Júnior
CRM 108422/RS

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 06.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 118

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ROMAO DAS CHAGAS DIAS

CPF: 099.974.574-27 NIS: 19545557286

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOEL DO AMARAL GURGEL 83

LEANDRO BEZERRA/AREA URBANA
59760-000 CARAUBAS RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

25/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

14,44

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

18/06/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

18/06/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

008115377

Série: U

CONTA CONTRATO

007005237615

Nº DO CLIENTE

3001024284

Nº DA INSTALAÇÃO

0902309493

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

1AFE.39B3.1418.8933.1BF4.A25E.9C58.0CE3

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18978282	5,09
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	29,90	0,29105644	8,44
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,11
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,80
TOTAL DA FATURA			14,44

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	14,44	0,67	0,12	14,44	4,00	0,57

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia elétrica(s):

Veículo	De	Para	Valor
24/05/18	18/06/18		54,32
25/04/18	17/05/18		131,41

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o envio de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,18978282
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,29105644

HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
JUN 18			59
MAI 18			128
ABR 18			290
MAR 18			307
FEV 18			298
JAN 18			284
DEZ 17			282
NOV 17			201
OUT 17			215
SET 17			181
AGO 17			153
JUL 17			150
JUN 17			172

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	0,69	47,71
Transmissão	0,68	0,10
Distribuição (Cosern)	4,20	28,09
Encargos Setoriais	0,64	4,43
Tributos	0,69	4,78
TOTAL	14,44	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000002169440280	CAT	17/05/2018 2.982,00	18/06/2018 3.041,00	32	1,00000	0,00	59,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LITURA: 17/07/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
DIU-De horas sem Energia	CARAUBA	0,00	5,43	10,86	21,73
FIU-De vezes sem Energia		0,00	3,38	6,72	13,45
DMU-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,11	0,00	0,00
DMU-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DMU: 12,22
EUU-Valor do Encargo de Uso - R\$ 0,07					

Nota: Consumidor pode solicitar a apuração das Indicações DIU, FIU, DMU e DMU em qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: passaro nel lantouze: r joao gomes de oliveira, centro / valeto: r joao gomes de oliveira, centro. Lista completa em www.cosern.com.br.

Essa conta poderá ser paga no credenciado mais perto de você. Confira a lista completa em www.cosern.com.br.

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pago, em atraso para multa 2% (Res.14/ANEEL), Juros 1%a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no pro...

Isenção de ICMS conforme Art. 14, do RICMS-RN.

Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para o pagamento de energia.

Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 5 dias de suspensão, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

ARQUIVADO
25 JUL 2018

Prestador de Serviço

CONTA CONTRATO	VALOR	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	VALOR A PAGAR (R\$)
007005237615	05/2018	14,44	25/06/2018	

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Romão das Chagas Dias Dantas, inscrito (a) no CPF 039.944.844 / 27, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Dalione da Silva Dantas Dias, inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.340.534 / 27 do sinistro de DPVAT cobertura Trânsito da Vítima Maria Dalione da Silva Dantas Dias, inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.340.534 / 27, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios: Recusou

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua de Amorim Gurgel</u>		Número <u>83</u>	Complemento
Bairro <u>Leandro Bezerra</u>	Cidade <u>Corumbá</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59480-000</u>
Firmado <u>Não Possui</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(84) 30615373</u>	Telefone celular (DDD) <u>(84) 999609619</u>

Corumbá RN 24 de Maio de 2018
Local e Data

Romão das Chagas Dias Dantas
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
25 JUL 2018

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

EU Romão das Chagas Dias Dantas
 RG 003022500 DATA DA EXPEDIÇÃO 14 / 12 / 2017
 ORGAO SSP RJ PORTADOR DO CPF 099.974.874-23 COM
 DOMICILIO NA CIDADE DE Caraiibas NO ESTADO DE RJ
 ONDE RESIDO NA (RUA, AVENIDA, RISTRADA) Rua Joel do Ama-
ral Gurgel NR 83
 DECLARO SOB AS APENAS DA LEI, QUE O VEICULO ABAXO MENCIONADO E (ERA) DE MINHA
 PROPRIEDADE NA DATA DO ACIDENTE OCORRIDO COM A
 VITIMA Maria Daliane da S. Dias cujo o CONDUTOR
 ERA Romão das Chagas Dias Dantas
 VEICULO Carro
 MODELO Fiat Uno Electronic
 ANO 1994
 PLACA MYF7370
 CHASSI 9B.D.146000R5279935
 DATA DO ACIDENTE 26/04/2018

SEGUNDO
OFICIO
DE NOTAS

SEGUNDO
OFICIO
DE NOTAS

* Romão das Chagas Dias Dantas
 ASSINATURA DO DECLARANTE

* Romão das Chagas Dias Dantas
 ASSINATURA DO CONDUTOR (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



SEGUNDO OFICIO DE
RUA S. Carlos Dumont, 10 - Centro
Mossoró - RN Fone: (84) 3317-4278

RECONHEÇO por autenticidade, a firma

De Romão das Chagas Dias Dantas

Mossoró (RN) 08 MAI 2018

Em 08 de MAI de 2018

☒ Romão das Chagas Dias Dantas - TABELA
☐ Roberto Alves C. Fernandes - SUBSTITUTO
☐ Francisco José Maximiano - SUBSTITUTO
☐ Luana Kariny Mendonça Fernandes - SUBSTITUTA

ARUANA SEGUROS
 25 JUL 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE PERICIA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO-I

POLEGAR DIREITO

Maria Daliane da Silva Dantas Dias
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

NOME
MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS DIAS

PLACAO
ADILSON DANTAS NETO
MARIA ANTONIA DA SILVA

003.499.251

DATA DE EXPIRACAO
13/12/2017

DATA DE NASCIMENTO
14/10/1997

CARAUAS RN
DOS CIRCULOS
CERT. DE CASAMENTO L-29 F-173.084.3520
CARAUAS RN-CARTORIO UNICO CARTORIO
707.342.534-27

Josephina Ferreira do N. J. Sá-VIA
Assessoria Direção de Identificação

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

AFUJANA SEC. 01
25 JUL 2013

CÓDIGO DE CONTROLE
D425.E67E.86B2.BD77

Emittido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:44:04 do dia 15/03/2018 (hora e data da Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
707.342.534-27

Nome
MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS DIAS

Nascimento
14/10/1997

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E TRÂNSITO
 DIRETORIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

RG

1486806870

VALIDAR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

1486806870

ROMÃO DAS CHAGAS DIAS DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 003022500 SSP RN

CPF
 099.874.674-27

DATA NASCIMENTO
 28/02/1991

FILIAÇÃO
 FRANCISCO DAS CHAGAS
 IRENE MARIAS DIAS

PERMISSÃO
 06112648131

VALIDADE
 11/02/2019

DATA HAB
 07/07/2014

OBSERVAÇÕES

Romão das Chagas Dias Dantas

LOCAL
 CARAUBAS, RN

DATA EMISSÃO
 14/12/2017

Assinatura
 Letícia Maria Galvão Gomes
 Coordenadora de Registro de Condutor

00540833053
RN702741048

RIO GRANDE DO NORTE

DE NATRAN

CONTRAN

ARIUANA SEGURANÇA

25 JUL 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 013085382134
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTRC EXERCÍCIO
2 00176593616 ***** 2017

NOME

ROMAO DAS CHAGAS DIAS DANTAS

CPF/CNPJ

099.974.874-27

PLACA

MYF7370

PLACA ANT/PF

MB6040 /RN

CHASSI

98D116000R5279935

ESPÉCIE TIPO

PASSEIRO/AUTOMÓVEL/NAO APLICAVEL

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

FIAT/UNO ELECTRONIC

ANO FAB.

1994

ANO MOD.

1994

CAP/POT/CIL

4P/86CV

CATEGORIA

PARTICULAR

COR PREDOMINANTE

AZUL

COTA ÚNICA

R\$ 0.00

VENC. COTA ÚNICA

04/07/2017

VENC./COTAS

1º PAGO

FADA I.P.V.A.

102616 9K

PARCELAMENTO/COTAS

R\$ *****

2º PAGO

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

*** TAXAS DETRAN: PAGO

*** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: 4031897

CARAUHAS/SOI

DATA

26/12/2017

Sistema Nacional de Emissão
Coordenação de Registro de Veículos
DETRAN - RN

CURSO OBRIGATORIO DE DATOS PERSONALES CAUSA DOS AUTOMÓVEIS
AUTOMÓVEIS DE TERRESTRIS OU POSSUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS QUANTO SEGURO DPVAT

RN Nº 013085382134 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO

2017

DATA EMISSÃO

26/12/2017

VIA

2

CPF / CNPJ

099.974.874-27

PLACA

MYF7370

RENAVAM

00176593616

MARCA / MODELO

FIAT/UNO ELECTRONIC

ANO FAB.

1994

CAT. TARIF.

1

Nº CHASSI

98D116000R5279935

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

☐ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04

9103-704
JUL-2016

25 JUL 2019

ARUANA S. S.



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Maria Dione de Souza Dantas Dias
 DATA DO ACIDENTE 26/04/18 CPF DA VÍTIMA 704.342.534-21
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Rômulo dos Santos Dias Dantas
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARAFISCADO COM
 A VÍTIMA É Primo do
 ENDEREÇO DO PORTADOR José de Jesus da Silva BAIRRO Legião de Bugebe
 Nº 83 COMPLEMENTO Caru CEP 55480-000
 CIDADE Caruaru UF PE TELEFONE 8130615373
 E-MAIL Jose.Petani

MARQUE "X" PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EMISSO PELA AUTORIDADE POLICIAL, CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL
 (X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) LAUDO INIL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPRESSÃO, DATA DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML
 (X) ORIGINAL ASSINADO PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL, QUE CONTÉM A VÍTIMA E A VÍTIMA)
 (X) INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BULETIN DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, DE AMBULATORIAL, CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA
 (X) ORIGINAL
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CópIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () ORIGINAL DO LAUDO INIL (ORIGINAL) QUE CONTÉM A VÍTIMA E A VÍTIMA

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EMISSO PELA AUTORIDADE POLICIAL, CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL
 () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SINTOMAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () FOLHAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMACIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITO BOMBENCINHA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CópIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () ORIGINAL DO LAUDO INIL (ORIGINAL) QUE CONTÉM A VÍTIMA E A VÍTIMA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTALIDADE: R\$ 1.500.000,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE: ATÉ R\$ 30.000,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURADO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS): REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.000,00 (REEMBOLSO DE DESPESAS COMPROVADAS).
 - O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTÍNUOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOLHETINHO.
 - PARA ACOMPANHAR O PROCESSO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVAT.SEGURADORA.LIDER.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 0800 812 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 25/04/18
 IDENTIDADE 003.022.150
 ASSINATURA Rômulo dos Santos Dias Dantas
 ASSINATURA Jose Petani

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NA SEGURADORA

DATA 25.07.2018
 NOME ALINE MORAES
 ASSINATURA Aline Moraes

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Maria Dalione da Silva Santos Dias brasileira),
estado civil casada profissão _____ CI RG nº
003.499.251 CPF/MF nº 707.342.534-27 residente e domiciliado(a)
à Rua Joel de Amador Gurgel Cidade de
Caraculha Estado Rio Grande do Norte CEP:
59780-000 telefone _____

OUTORGADO: Renee dos Ezequias Dias Santos
CPF sob o n.º 099.994.874-27
RG sob o n.º 003.022.500 com endereço cito à
Rua Joel de Amador Gurgel
na cidade de Caraculha
Estado do Rio Grande do Norte

PODERES: O OUTORGANTE 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, ter informações e acompanhar perícias necessárias 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.



Caraculha 24 de Maio de 2018

Maria Dalione da Silva Santos Dias
OUTORGANTE

BEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
Rua Santos Dumont, 10 - Centro
Mossoró-RN Fone: (84) 3347-4278

RECONHEÇO por autenticidade, a firma
de Maria Dalione da
Silva Santos Dias
do 16.
Mossoró (RN) 23 MAI 2018
Em Teste [assinatura] da verdade
[assinatura]

- ☐ Luzinete B. de Mendonça Fernandes - TABELA
- ☐ Roberto Alves C. Fernandes - SUBSTITUTO
- ☐ Francisco José Maximiano - SUBSTITUTO
- ☐ Luana Kariny Mendonça Fernandes - SUBSTITUTO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0272518/18

Número do Sinistro: 3180343123

Vítima: MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS

CPF: 707.342.534-27

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/11/2018
Nome: ROMAO DAS CHAGAS DIAS
CPF: 099.974.874-27

ROMAO DAS CHAGAS DIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2018
Nome: PRISCILA FLORENCIO DA SILVA
CPF: 017.192.214-05

PRISCILA FLORENCIO DA SILVA

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS**

Nº Sinistro: **3180343123**

Vitima: **MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS**

Data do Acidente: **26/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROMAO DAS CHAGAS DIAS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180343123**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações 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 13153186



Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180343123

Vítima: MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS

Data do Acidente: 26/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMAO DAS CHAGAS DIAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000003526-2

Conta: 000010052046-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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, retorne 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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

707.342.534-27

Nome completo da vítima

Maria Dalione da Silva Santos Dias

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
Maria Dalione da Silva Santos Dias		707.342.534-27		
Endereço		Número	Complemento	
Rua do Amor Gurgel		83		
Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Caruaru	RN	59480-000	(87) 3064-5343	
Email				
NÃO Possui				

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- ☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO	NRO.
Nome	
Banco do Brasil	001
AGÊNCIA NRO.	D/V
3526	2
CONTA NRO.	D/V
52.046	2
(Informar dígito se existir)	

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

Caruaru RN 24 de Maio de 2018

Local e Data

X Maria Dalione da Silva Santos Dias

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2018 - Autoatendimento - 08:11:34
836071108 0228

TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS CORRENTES

CLIENTE: JAKSONEY JOSE DE OLIVEIRA
AGENCIA: 4.391-5 CONTA: 16.322-8

FAVORECIDO	
AGENCIA: 3526-2	CONTA: 52.046-2
CLIENTE: MARIA D SILVA BANTAS	
VALOR:	2,00
DATA AGENDADA:	05/05/2018

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

ARJANA SEGUR
25 JUL 2018



Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal
Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



PRF



Acidente nº 18026279B01

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 405

KM: 83,0 - Decrescente

Município: APODI/RN

Data: 26/04/2018

Hora: 08:15

Policial responsável pelo atendimento: ONILDO, matrícula 1184263

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Simples

Condição da pista: Seca

Estrutura viária: Interseção de Vias

Localidade urbanizada: ✗

Acostamento: ✓

Canteiro central: ✗

Condição meteorológica: Céu Claro

Fase do dia: Pleno dia

ARUANA SEGUE
25 JUL 2018



Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, 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 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9EB721A72A8767B376671



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18026279B01



PRF

NARRATIVA

No dia 24/04/2018, por volta das 08:15h, no km 83 da BR 405, em Apodi/RN, ocorreu um acidente do tipo colisão transversal, com 6 vítimas (sendo 2 fatais, 3 graves e 1 leve). Os veículos envolvidos foram V1 - VW/PARATI, de placa MZB 0827, conduzido por JONATAN JOFRE DA SILVA, e V2 - FIAT/UNO ELECTRONIC, de placa MYF 7370, conduzido por ROMAO DAS CHAGAS DIAS DANTAS. Com base nas análises dos vestígios identificados no local, constatou-se que o V1 trafegava normalmente pela via no sentido decrescente (Itaú/RN - Apodi/RN) quando se deparou e colidiu transversalmente com o V2 que trafegava pela via no sentido crescente e tentava acessar à esquerda na RN 233, via que dá acesso a cidade de Caraúbas/RN, sem antes o seu condutor se posicionar no acostamento à direita. A dinâmica do acidente se encontra representada no croqui. Conforme constatações feitas no local do acidente, concluiu-se que o fator principal para a ocorrência do acidente foi a desobediência das normas de trânsito por parte do condutor de V2. - O local do acidente estava preservado e era sinalizado pela Polícia Militar de Apodi (batalhão de trânsito). - A velocidade regulamentar da via no local é de 60 km/h. - A rodovia apresenta, no local, sinalização horizontal e vertical indicando proibição de ultrapassagem em ambos os sentidos. - No acidente, a passageira do V2, a Sra. IRENE MARIA DIAS e o passageiro de V2, a criança, SAMUEL LORENZO SILVA DIAS saíram com lesões gravíssimas e vieram a óbito no hospital. O condutor do V1, o Sr. JONATAN JOFRE DA SILVA, saiu com lesões leves e o passageiro de V1, o Sr. FRANCISCO FIDELIS DE ARAUJO JUNIOR, saiu com lesões graves. O condutor do V2, o Sr. ROMÃO DAS CHAGAS DIAS DANTAS, a passageira de V2, a Sra. MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS DIAS, saíram com lesões graves; Todos foram atendidos e socorridos por populares e pelo SAMU e foram encaminhados para o Hospital de Apodi/RN. - O veículo 1 foi liberado no local para Alusifran Fernandes de Assunção, cpf nº 897.639.474-72, RG nº 1401077/RN e fone: 99615 1106. - O veículo 2 foi removido através de guincho para o pátio credenciado da prf, conforme DRV nº 150401804261600-127, em virtude de estar sem condições de tráfego e não haver nenhum popular que se responsabilizasse pelo mesmo. - Os condutores não foram submetidos aos testes de alcoolemia em virtude de estarem sob intervenções médicas. - Não foram preenchidos Termo de Declaração de Envolvido em virtude dos condutores estarem sem condições para tal.

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
Polícia Militar	26/04/2018 08:15	26/04/2018 08:30
SAMU	26/04/2018 08:15	26/04/2018 08:30



Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, 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 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9EB721A72A8767B376871



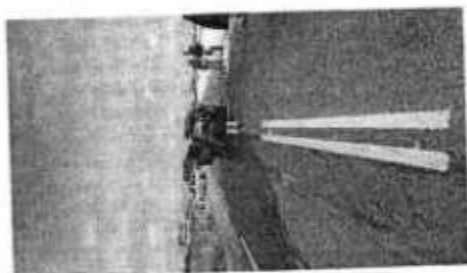
MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18026279B01



PRF

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE

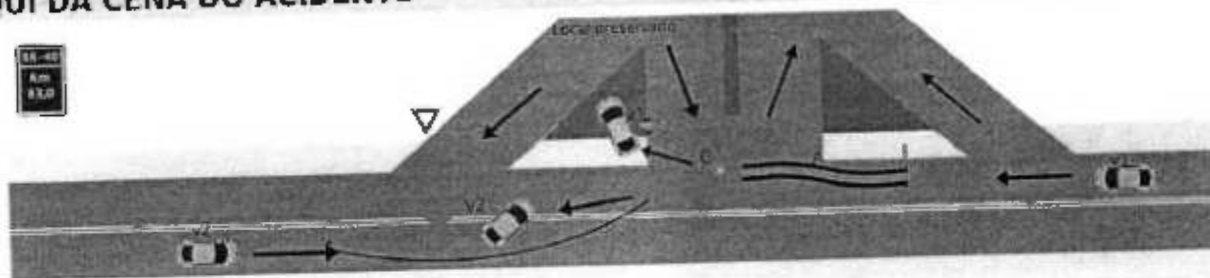


SENTIDO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - COORDENADA CARTESIANA

Descrição do Ponto	X	Y
A - C(fim da frenagem/ponto de colisão)	11.0	0.5
C - Roda traseira direita - MZB0827 - V1	2.0	1.0
C - Roda dianteira esquerda - MZB0827 - V1	5.0	4.5
C - Roda dianteira esquerda - MYF7370 - V2	14.6	-2.3
C - Roda traseira esquerda - MYF7370 - V2	18.0	-3.5
A(ponto zero) - B(início da frenagem)	-8.9	0.8

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



← APODIAR

ITÁURN →

ARUANA SEGURO
25 JUL 2019



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, 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 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9EB721A72A8767B376671



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18026279B01



PRF

V1



MZB0827

Placa: MZB0827 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: VW/PARATI 1.6 CITY/2005

Renavam: 00859248984

Chassi: 9BWDB05X25T192728

Tipo de Veículo: Automóvel

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

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

Informações complementares: Entregue ao cunhado do condutor.
Para choque, para brisa e capô avariados.

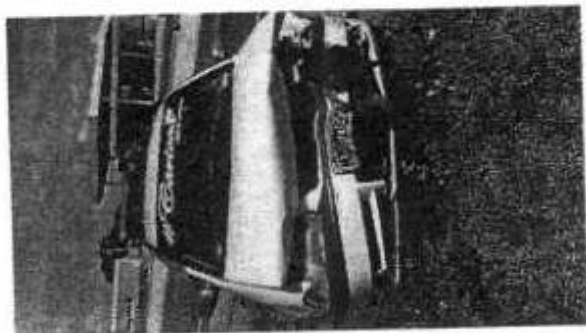
PROPRIETÁRIO

Nome: JOSE WILLIAM ALVES JUNIOR

CPF/CNPJ: 702.040.134-10

Endereço: , SANTANA DO MATOS/RN

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, 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 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9EB721A72A8767B376671



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18026279B01



PRF

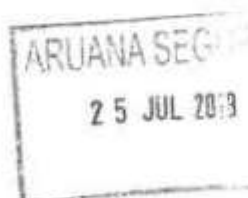
V1



TRACIONADOR



MZB0827



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, 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. 8º 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/movobat/autenticar>, informando o protocolo 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9E8721A72A8767B376671



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18026279B01



PRF

V2



MYF7370

Placa: MYF7370 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: FIAT/UNO ELECTRONIC/1994

Renavam: 00176593616

Chassi: 98D146000R5279935

Tipo de Veículo: Automóvel

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista

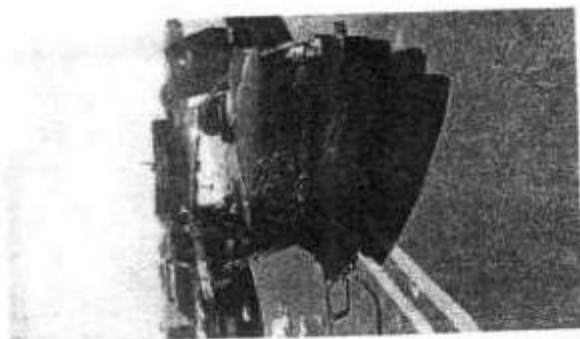
PROPRIETÁRIO

Nome: ROMAO DAS CHAGAS DIAS DANTAS

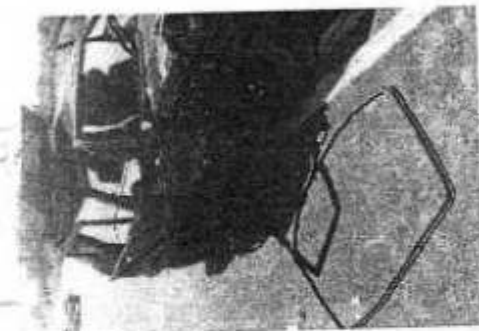
CPF/CNPJ: 099.974.874-27

Endereço: , CARAUBAS/RN

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



ARUANA SEGURANÇA
25 JUL 2018



Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, conforme horário oficial do Brasil, 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 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9E8721A72A8767B376671



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026279B01



PRF

V1



CONDUTOR

JONATAN JOFRE DA SILVA

Placa do veículo: MZB0827

Marca/modelo: VW/PARATI 1.6 CITY

Envolvimento: Condutor

Nome: JONATAN JOFRE DA SILVA

CPF: 115.046.997-85

Data de nascimento: 07/07/1986

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Sim **Usava capacete:** NÃO

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AD **Data primeira habilitação:** 12/01/2006

Nº de registro: 0376910580 **UF:** RJ

Data de vencimento da habilitação: 16/04/2018

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 15

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: R DAS SAMAMBAIAS, 915 - CASA, ALEGRIA, RESENDE/RJ

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ARUANA SEGURO
25 JUL 2018



Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, 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 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9EB721A72A8767B376671



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026279B01



PRF

V2



ROMAO DAS CHAGAS DIAS DANTAS

Placa do veículo: MYF7370

Marca/modelo: FIAT/UNO ELECTRONIC

Envolvimento: Condutor

Nome: ROMAO DAS CHAGAS DIAS DANTAS

CPF: 099.974.874-27

Data de nascimento: 28/02/1991

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Sim **Usava capacete:** NÃO

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUIZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AB **Data primeira habilitação:** 07/07/2014

Nº de registro: 0611264813 **UF:** RN

Data de vencimento da habilitação: 11/02/2019

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: RUA JOEL DO AMARAL GURGEL, 83, LEANDRO, CARAUBAS/RN

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, 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 18026279B01 e o número de controle 9E0DE18CC9EB721A72A8767B376671



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026279B01



PRF

V2



PASSEIRO

**MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS
DIAS**

Placa do veículo: MYF7370

Marca/modelo: FIAT/UNO ELECTRONIC

Envolvimento: Passageiro

Nome: MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS DIAS

CPF: 707.342.534-27

Data de nascimento: 14/10/1997

Estado civil:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Sim **Usava capacete:** NÃO

DADOS DE CONTATO

Endereço: JOEL DO AMARAL GURGEL, 83 - CASA, LEANDRO BEZERRA, CARAUBAS/RN

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo:

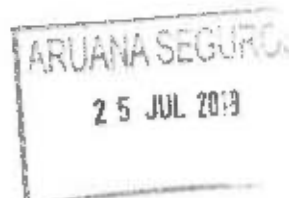
Tipo de receptor: SAMU

Informações complementares: Passageira conduzida para o hospital de Apodí/RN



Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, 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 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9EB721A72A8767B376671





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026279B01



PRF

V2



PASSEIRO

SAMUEL LORENZO SILVA DIAS

Placa do veículo: MYF7370

Marca/modelo: FIAT/UNO ELECTRONIC

Envolvimento: Passageiro

Nome: SAMUEL LORENZO SILVA DIAS

CPF: 147.592.634-03

Data de nascimento: 30/08/2017

Estado civil:

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Não **Usava capacete:** NÃO

Usava dispositivo para retenção de criança: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: JOEL DO AMARAL GURGEL NO 83 BAIRRO, 83, CARAUBAS/RN

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo:

Tipo de receptor: SAMU

Informações complementares: Passageiro conduzido para o hospital de Apodí/RN



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, 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. 8º 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 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9EB721A72A8787B378671



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18026279B01



PRF

V2



PASSAGEIRO

IRENE MARIA DIAS

Placa do veículo: MYF7370

Marca/modelo: FIAT/UNO ELECTRONIC

Envolvimento: Passageiro

Nome: IRENE MARIA DIAS

CPF: 012.316.594-67

Data de nascimento: 20/02/1962

Estado civil:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Não **Usava capacete:** NÃO

DADOS DE CONTATO

Endereço: PROJETADA, SN - SÍTIO MIRANDA, ZONA RURAL, CARAUBAS/RN

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo:

Tipo de receptor: SAMU

Informações complementares: Passageira conduzida para o hospital de Apodi/RN.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, 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/novobati/autenticar>, informando o protocolo 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9EB721A72A8767B376871



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18026279B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / VW/PARATI 1.6 CITY

Placa: MZB0827

Nome do agente: ONILDO

Nº BOAT: 18026279B01

Matrícula do agente: 1184263

Data: 26/04/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda	X		
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

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



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, 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 18026279B01 e o número de controle 9E0DE18CC9EB721A72A8767B376671

ARUANA SEGUROS

25 JUL 2018

191



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

Acidente nº 18026279B01



PRF

Item	Descrição do item	SIM*	NÃO**	NA***
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

Total geral (SIM + NA): 1

Dimensão da monta: Pequena

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / FIAT/UNO ELECTRONIC

Placa: MYF7370

Nome do agente: ONILDO

Nº BOAT: 18026279B01

Matrícula do agente: 1184263

Data: 26/04/2018

Item	Descrição do item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Painel corta-fogo	X		
2	Longarina dianteira esquerda	X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda	X		
4	Estrutura da soleira esquerda	X		
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda	X		
8	Estrutura da coluna central esquerda	X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda	X		
10	Caixa de roda traseira esquerda	X		
11	Assoalho central esquerdo	X		
12	Longarina traseira esquerda	X		

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

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



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, 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 desta documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9EB721A72A8767B376671



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026279B01



PRF

Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
13	Assoalho portamalas ou caçamba	X		
14	Longarina traseira direita	X		
15	Caixa de roda traseira direita	X		
16	Estrutura da coluna traseira direita	X		
17	Estrutura da soleira direita	X		
18	Estrutura da coluna central direita	X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita	X		
20	Assoalho central direito	X		
21	Caixa de roda dianteira direita	X		
22	Longarina dianteira direita	X		

Total geral (SIM + NA): 20

Dimensão da monta: Grande

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

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

ARUANA SEGURO
25 JUL 2018



Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, 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 18026279B01 e o número de controle 9E00E1BCC9EB721A72A8767B378571

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 a 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Maria Daliane da Silva Dantas Dias

CPF da Vítima

707.342.534-21

Data do Acidente

26/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

edoulo RN 24 de Maio de 2018

Local e Data

Maria Daliane da Silva Dantas Dias

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARUANA SEGUROS
25 JUL 2018

ARUANA SEGURODORA

02 JAN 2019



União de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD 1988 MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRIMÁRIO

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL ESTADUAL DE PARANÁ
ESTAB. COM. HOSP. 2.071/2018
SANE. HOSPEDAR 22/11/2018
B.116



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

NOME: MARIA DALIANE DA SILVA ^{ATM} IDADE: _____ N° REG: _____
SERVIÇO: _____ ENF: _____ LEITO: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

26-04-2018

DOENTE VITIMA DE TRAUMA EM ACIDENTE
POR COLISÃO DE CARROS

APRESENTA-SE COM DIAGNÓSTICOS:

- FRACTURA DO FÊMUR D⁺
- CONTUSÃO NA PERNA E PE E

CONDUTA:

- INTERNAÇÃO P/ TRATAMENTO CIRÚRGICO

ARQUIVADA REGISTRADORA
12 JAN 2018

27.11.2018
S. M. A.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome MARIA DARIANE DA SILVA DANTAS Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: PA. DO FEMUR D.

Indicação terapêutica: TRATAMENTO CIRÚRGICO

QU 26-04-2018

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador GURGEZ

1º Auxiliar: JOÃO

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: YNDYRA - JANAINA - ALINE E TATIANA

Anestesista: ENDX

ARUANA SEGURADORA
02 JAN 2019

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - Ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

☒ Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

1- SOB ANESTESIA GERAL, DPH.

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3- PASSAGEM DE FIO E TRANSTIBIAL

4- INSTALADA A TRACÃO

João Falcão de S. Neto
C. 04. 01. 2017

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
CENTRO DE ATENDIMENTO CIRÚRGICO
GOVERNADOR CARLOS ASSIS
23-11-2018
TARCÍSIO

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Maria Daliane da Silva Dantas 20 anos
 CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 211-2
 DATA DA ADMISSÃO: 26/04/18 Código - 9641

DATA	EVOLUÇÃO
04/05/18	<p>B DIH: Fx diafisária do fêmur D Em uso de TTE</p> <p>Sem queixas no momento da visita. NV preservado. BEG, eupneica, normocorada, hidratada, afebril.</p> <p>CD: VPM Inserida no SISREG pré-op OK Baixo risco cardiovascular Aguarda cirurgia definitiva</p>

Eduardo C. L. A. Maciel
 Ortopedia e Trauma
 Cirurgia do Quadril
 CRM: 66.688-7/2011-18

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA livre	Oralmente
2	SF 0,9% 1500ml EV para 24h	1º 2º 3º
3	Dipirona 01amp + ABD EV 6/6h fixo	10.16.22d,
4	Tramal 100 mg + 100 mL SF 0,9%, EV, 8/8h SN	5/2
5	Bromoprida 1 amp + ABD, EV, 12/12h SN	6/2
6	Tilatil 40 mg + diluente, EV, 1x/dia	10
7	Clexane 60 mg SC 1x/dia	10
8	Omeprazol 20mg VO em jejum	06
9	SSVV+CCGG	
10		
11		
12		

Eduardo C. L. A. Maciel
 Ortopedia e Trauma
 Cirurgia do Quadril
 CRM: 66.688-7/2011-18

ARIANA REGISTRADORA
 02 JAN 2018

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 EST. OUM-001
 DATA: 04/05/2018
 3711 2018



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 9641 - MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS (20 a 6 m 12 d)

Nascimento: 14/10/1997

Natural: CARAUBAS BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: MARIA ANTONIA DA SILVA

Pai:

Logradouro: JOEL AMARAL GURGEL, 97

CEP: 59780000

Bairro: LEANDRO BEZERRA

Cidade: CARAUBAS

Telefone: 84.999161949 84 999161949

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - OCUP. CARRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS: APODI, DRA BRUNA

Classificação: 26/04/2018 11:31:50 PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	130 80		95						

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, FRATURA DE FÊMUR D, CONSCIENTE, ORIENTADA O2 AMBIENTE, COM FERIMENTO CORTANTE EM REGIÃO FRONTAL

Hora: _____

Paciente vítima de acidente de colisão veicular - carro, estava sem cinto de segurança. Nega alergias. Relata dor em punho D.

A: VA pulso. Nega cefaleia.

B: MU+, simétricos em AHT. SIRA. SatO₂: 99%.

C: RCR, RT, BNF, SS. Hemi-dinamicamente notável. FC: 124.

D: ECG = 15.

E: Lesão cortante em região frontal e punho D) imobilizada c/ Rx mediana do fêmur de fêmur.

Conclusão: Rx de torax e pelvis. Pouco da ortopedia. Pouco da BAAE.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 29/05/2018
3102

Diagn. Inicial:

SAME/ARQUIVO

PRESCRIÇÃO:

Alto da cirurgia perf.

QUI 26-04-2018 13:40H

1- DIETA = ZERO

2- SF9 99% - 2000ML 40GT/MIA

3- TENOXICAM 40 - 1 AP

4- DIFENIDRAMINA 1g - 1 AP 6-6H

5- PREPARAR P/ ACETSO AO

CENTRO CIRÚRGICO APÓS AVALIAÇÃO

DOS DEMAIS PROFISSIONAIS

VIA HORÁRIO ASSINT.

EV

EV

EV

ASA

*Saída: - () Alta por decisão médica; () Internação; () Enc. outro Serviço; () Evasão

Data: ____/____/18. Hr: ____ Ass. Médico: _____

PM 26/04/2018 = 13:30 TRAUMATOLOGIA ORTOPEDICA

DOR NA COXA D, JOELHO E, PERNA E e PÉ E
TRAUMA EM COLISÃO DE CARROS HA'
+ 6 HORAS. ENCAMINHADO DE APODI.
RELATA PERDA TEMPORÁRIA DA
CONSCIENTE.

VIGIL. CONSCIENTE. MACA DE VIATURA.

CABEÇA: LESÕES COBERTAS.

CERVICAL: S/ QUERXAS.

COXA D: EDEMA. DEFORMIDADE. DOR.

RADIOS: LESÃO DIFUSA DO FÊMUR

- PELVE: S/ LESÕES

PERNA E PÉ E: OPUMOSOS E EDEMA

DIAG - FRATURA DO FÊMUR D

- CONTUSÃO DA PERNA E PÉ E

CONDUTA:

- INÍCIO TRATAMENTO CIRÚRGICO
- SOLICITO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
- PRESCRIÇÃO
- AGUARDO CONCLUSÃO DA ASSISTÊNCIA
POR DEMAIS PROFISSIONAIS
- PARECER DA NEUROCIRURGIA

Julio Pinheiro de S. M.
CRM. nº 25117

Nm,
15:00

Admte de carro HA' 6H,

1 perda de consciência.

EX. NÚMERO: 444, 415, MID. 100-
B, 42000

EX. INJÚRIA: 40N, EX. 40 FUE TA ②

EX. ALTA NA 40 MONTAGENS

AOS 100000 DA ORTÓP

AGUARDA AVAL BME

SOLICITAR NEURAL ALTA S/N

Starlyn Freire dos Santos
CRM 5722
Neurocirurgia

PM 26-03-2018 = 13:30 TRAUMATOLOGIA ORTOPÉDICA

DOR NA COXA D, JOELHO E, PERNA E E PÉ E
TRAUMA EM COLISÃO DE CARROS HA'
+ 6 HORAS. ENCAMINHADO DE APOIS.
RELATA PERDA TEMPORÁRIA DA
CONSCIÊNCIA.

VIGIL. CONSCIENTE. MACA DE VIATURA.

CABEÇA: LESÕES COBERTAS.

CERVICAL: S/ QUERXAS.

COXA D: EDMA. DEFORMIDADE. DOR.

RADIOG: LESÃO DIFUSA DO FÊMUR

- PELVE: S/ LESÕES

PERNA E PÉ E: EDEMA E EDMA

DIAG - FRATURA DO FÊMUR D

- CONTUSÃO DA PERNA E PÉ E

CONDUTA:

- INDICADO TRATAMENTO CIRÚRGICO
- SOLICITO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
- PRESCRIÇÃO
- AGUARDO CONCLUSÃO DA ASSISTÊNCIA
POR DEMAIS PROFISSIONAIS
- PARECER DA NEUROCIRURGIA

ARUANA SEGUROS
25 JUL 2018

João Fernando S.
CRM 10.217

NM,
15:00

ANUNTE DE CARRO HA' 6H,

1 PERDA DE CONSCIÊNCIA.

EXAMENHO: BUL, HIT, MIDIMO-
BILIZADO

EXAMENHO: LON, EXATOS FEE TA ②

CM: ALTA NIK Y OME-DAÇOR

AOS WIDADOS DA ORTÓP

AGUARDA AVAL BMT

SOLICITAR NEURAL NIK S/N

Stafym Freire dos Santos
CRM 5722
Neurocirurgia



DR WILLIAM CARVALHO FERREIRA
CRM 1150-MTB149 RJ
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMATICAS
MEDICINA DO TRABALHO
LAUDO MÉDICO

A PACIENTE MARIA DALIANE DA SILVA
DANTAS DIAS, 21 ANOS de idade, AGRICULTORA.
CPF: 707.342.534-17.

HISTÓRIA de acidente de TRANSITO, ocorrido
pela SAMU, ao HRTM em MOSSORÓ RJ/N
atendida as 11:31h do dia 26.04.2018.
BOLETIM de ATENDIMENTO 10411/2018.

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA MÉDIA
do FÊMUR DIREITO, COMINUTIVA.

PROCEDIMENTO: RX, TRAT. ESQUELÉTICO
por 9 dias no HRTM + indicação
e internação por 9 nove dias; quan-
do foi transferida para MATAL (MIMO-
RIL) e operada em 07.05.2018: Re-
dução cirúrgica e osteossíntese com
placa e parafusos. Hoje 6 meses de ev.

QUADRO ATUAL e SEQUELAS

- 1) TOT mediante apoio no solo.
 - 2) MARCHA claudicante
 - 3) INSTABILIDADE na marcha e longe
 - 4) Permanência em ju-
da perda da capacidade funcional por
o trabalho e atividades cotidianas
estimada em 40%.
- convinça que seja atribuída percentualmente
pleitear o que lhe for de direito.

Policlínica Médica
Rua João Pessoa, 68 - Centro
Fone (84) 3321-6121

Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 10h da manhã

Dr. William Carvalho Ferreira
CRM 1150 - ORTOPEDIA
MEDICINA DO TRABALHO - MTB 149 RJ

Clinica Otava Rosado
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro
Fone (84) 3317-3636
Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 7h as 9h30min
3ª e 5ª Todas as manha

