

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/05/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSE MEDEIROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00762

CONTA: 000000027186-7

Nr. da Autenticação 6AD7402282CE12D3

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170206294 **Cidade:** Monte das Gameleiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSE MEDEIROS **Data do acidente:** 16/04/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA COMINUTIVA GRAVE DO FÊMUR DISTAL DIREITO.
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.
FRATURA FECHADA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: RIGIDEZ DO JOELHO DIREITO.
ATROFIA MUSCULAR MODERADA EM TODO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
FÍSTULA ATIVA NA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA E OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DE FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DISTAL DIREITO.
REALIZADO OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.
REALIZADO OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DE FRATURA DA TÍBIA DIREITA.
EVOLUIU COM OSTEOMIELITE DA TÍBIA DIREITA E APRESENTA FÍSTULA ATIVA.
ALTA EM JANEIRO DE 2017.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/04/2017

Conduta mantida:

Observações: MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Médico examinador: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

CRM do médico: 3940

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		Total	52,5 %	R\$ 7.087,50

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

Sinistro: **3170206294 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **MARIA JOSE MEDEIROS**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO MACAMBIRA nº 14 - ZONA RURAL - MONTE DAS GAMELEIRAS/RN**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2748367 - SSP**
Data local do exame: **27/04/2017 NATAL/RN**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA EXPOSTA COMINUTIVA GRAVE DO FÊMUR DISTAL DIREITO.
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.
FRATURA FECHADA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA E OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DE FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DISTAL DIREITO.
REALIZADO OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.
REALIZADO OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DE FRATURA DA TÍBIA DIREITA.
EVOLUIU COM OSTEOMIELEITE DA TÍBIA DIREITA E APRESENTA FÍSTULA ATIVA.
ALTA EM JANEIRO DE 2017.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

RIGIDEZ DO JOELHO DIREITO.
ATROFIA MUSCULAR MODERADA EM TODO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
FÍSTULA ATIVA NA PERNA DIREITA.

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

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

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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 DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - NATAL, 27/04/2017

Médico Perito: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO CRM:3940/RN

Justino Wobrega de Azevedo
Dr. Justino Wobrega
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia do Quadril
CRM 3540 1307/9970

Assinatura do perito Examinador - CRM



DOCUMENTO 2 "T20"

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
RUA DO CORPO CLÓVIS SARINHOMENTO DE URGÊNCIA
IA GERAL

PACIENTE

MARIA JOSE MEDEIROS

DATA DE

16/04/2015

HORA 16:51

Nº BAA

85925

ENTRADA

IDADE

29 SEXO F ETNIA Pardo

CARTÃO SUS

160703191930004

ESTADO CIVIL Solteiro(a)

CPF

- RG 274367 - SSP

NOME DA MÃE

MARIA DAS DORES RODRIGUES

NOME DO PAI

EXPEDITO MEDEIROS

NASCIMENTO

15/10/1985

NATURALIDADE

Monte das Gameleiras RN

PROFISSÃO

Do Lar

TELEFONE

RUA/AV.

SITIO SERRA DO VITOR Nº 00

COMPLEMENTO

CEP

59182-000

ORIGEM

Ambulância - Interior

MOTIVO

Acidente de Trânsito / Moto - Pedestre

ACID. DE TRABALHO

Não

USUÁRIO

Josilma

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de colisão moto-moto às 10:30h de hoje, estava usando capacete, sofreu impacto direto em MTD com provável fratura, referindo dor local intensa, tendo melhorado com dipirona e repouso. Não houve perda de consciência, náuseas, vômitos ou convulsões. Nega ingestão de bebida alcoólica.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A 32 anos, sinais vitais normais.
B MV+ bilateral, simétrico, sem ruídos adventícios. FC=72 bpm.
C RCR em 2T, BNE, sem rales. FC=108 bpm.
D Glasgow 15, pupilas isocóricas e reativas. Hipotensão em MTD com dor local.
E Pele pálida, úmida, sem contusão em MTD.

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Peça aparentemente estável, mas dolorosa. Hipocrato: 3+/4+.
Abdomem: semiduro, flácido, doloroso apenas em abd. inferior 1º por dor local.
ocorrida já em tratamento.
→ MTD com rotacão interna e encurtamento. Fratura exposta.

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
	90x60mmHg				108	15	

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura traumática exposta em MTD

CID

ATO DE CLARIFICAÇÃO

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1

ANAMNESE

6/6/15 Ontem dia
Acidente noturno com trauma em mto
ferimento em coxa.
Trat. Rx que evidencia fratura

EXAME FÍSICO

cominuta de fêmur (distal e distal)

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

evidenciando parcialmente fratura da tibia

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Rx bacia
Rx Perna D

Fratura de fêmur e tibia D.

AO CC.

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Clexane 40 mg
a cada 12h
D. clonazepam 75 mg

RECEBIDO
11 ABR 2017
TERMO DO BOLSA
E CONFEITARIA DE SIDA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

CLASSIFICAÇÃO DA ESCALA DE RYAN CLASSER	
1. Grau de consciência	4
2. Grau de resposta verbal	3
3. Grau de resposta motora	2
4. Grau de resposta reflexa	1
5. Grau de resposta pupilar	0
6. Grau de resposta pupilar	0
7. Grau de resposta pupilar	0
8. Grau de resposta pupilar	0
9. Grau de resposta pupilar	0
10. Grau de resposta pupilar	0
11. Grau de resposta pupilar	0
12. Grau de resposta pupilar	0
13. Grau de resposta pupilar	0
14. Grau de resposta pupilar	0
15. Grau de resposta pupilar	0
16. Grau de resposta pupilar	0
17. Grau de resposta pupilar	0
18. Grau de resposta pupilar	0
19. Grau de resposta pupilar	0
20. Grau de resposta pupilar	0

ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA DEBILITADO - RTT	
ORIENTAÇÃO	0-4
ESCALA DE COMA DE GLASSOW	0-15
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	0-20
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	0-160

"Exercício de Triagem Desempenho (RTT): Avaliação de triagem para pacientes de trauma leve. Referência: Adaptado de Chandra H.K. Score RTT. Copyright © 2011. A edição de 2011 da triagem RTT. 1. Versão 2010 GSA, 1000.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
NÍVEL 1

1. Grau de consciência
2. Grau de resposta verbal
3. Grau de resposta motora
4. Grau de resposta reflexa

"Instituto de Trauma e Queimaduras
Assessment of injury and treatment
consequences. Available with: Level
1010, 1011-01

"A escala proposta utiliza a seguinte classificação que
classifica os níveis de gravidade de 1 a 5. Os níveis de gravidade
são definidos de acordo com a classificação e o tratamento de um
doente com os seguintes critérios:

SEM DOR	LEVE	MODERADA	GRAVE	PIOR POSSÍVEL
0	1	2	3	4

FORMULÁRIO DE ANAMNESE

A
B
C
D
E

A (ALERGIAS): Nega
 M (MEDICAÇÃO EM USO): Nega
 P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PREVIAS): Polipa ovariana prévia já em tratamento
 L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS): do almoço 2 11 horas
 A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): Estreia surt
 V (PASSADO VACINAL): VAT 06 07 anos em última gravidez
 EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM):
 LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Rx { Perna D AP.
 Baixa

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Paciente com RX de fratura evidenciada
 fratura -
 Edema e hemorragia sanguínea PVDH, Ht.
 Alta da Cor Geral

Tratado com FA + ...

Dr. Alexandre Santos
 Cirurgião Geral
 CRM 5500

Luiz Edesio M. Nunes
 CRM 140701-6

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

RECIBIDO
 11 ABR 2017
 TERRA DO SOL
 CORRETORES DE SECS

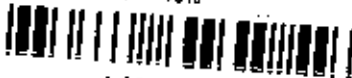
Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <u>Ortopedia</u>	HORA: <u>17:05h</u>	DATA: <u>16/04/15</u>
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3: <u>Vascular</u>	HORA: <u>18/10</u>	DATA:

Dr. J. P. 1245
 MÉDICO (CARIMBO)



Eu, Maria José Medeiros, portador da carteira de identidade nº 2.748.367 e inscrito no CPF/MF sob o nº 077.007.734-08 residente e domiciliado na Sítio Macambira, 14, Zona Rural. Cidade Monte das Gamelas Estado RN, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Maria José Medeiros

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



NOVA BRUNO RN 05.04.17

Local e data



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

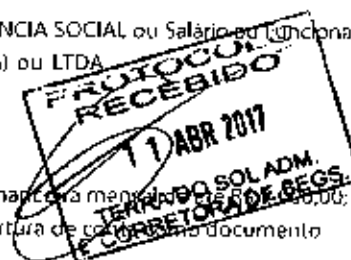
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Maria José Medeiros
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.748.367 EXPEDIDO POR SSP/RN EM 14/09/05 E
CPF: (077003334) 08 / CNPJ: 000000000-00000-00, PROFISSÃO Agricultora
E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria José Medeiros, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular.
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CFF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 100,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta corrente e o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0762 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00027186 - 7

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

NOVA BRUNO/RN, 05 de abril de 2017
LOCAL E DATA

Maria José Medeiros
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL - SESED
 DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOI
 DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
 DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE MONTE DAS GAMELEIRAS

TELEFONE PARA DENÚNCIA (84)

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 026/2015

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Data da Ocorrência: 16/04/2015.

10:45 HORAS

Local da Ocorrência: Sítio Macambira - Monte das Gameleiras/RN.

Comunicante: MARIA JOSÉ MEDEIROS, brasileira, natural de Monte das Gameleiras/RN, solteira, nascida aos 15/10/1985, com 29 anos de idade, do lar, filha de Expedito Medeiros e Maria das Dores Rodrigues, residente no sítio Macambira - Monte das Gameleiras/RN.

Vítima: A COMUNICANTE.

ACUSADOS (A): XXXXXXXXXXXXXXXX.

DECLARAÇÃO DA VÍTIMA: A vítima afirma que na data e horário acima, pilotava a motocicleta Honda/CG 150 FAN ESI, de cor preta, ano/modelo 2011, de placas QFB-4478/PB, chassi 9C2KC1670BR629449, e nome de Francisca Luzinete de P. Rocha, com destino a esta cidade, quando em um cruzamento no Sítio Macambira, ocorreu uma colisão com outra moto que vinha da cidade de Araruna/PB, tendo a vítima fraturado a tibia, o fêmur e a perna direita, sendo socorrida para o Hospital Walfredo Gurgel, em Natal/RN. Nada mais disse.

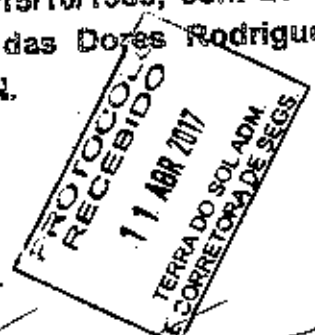
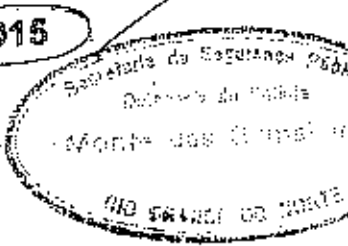
Monte das Gameleiras/RN, 02 de Julho de 2015

Francisca Luzinete de P. Rocha
 Comunicante

[Assinatura]
 Policial de Plantão

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido, dou fé. -x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-
 Nova Cruz/RN, 6 de Abril de 2017
 Em testemunho da verdade.

Jaceline Horaciene da Silva Costa - Tabelião(o)
 SALDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL - SESED
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOSÉ DO
CAMPESTRE/RN
AV. DA CENTRAL, S/N - SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE/RN



DECLARAÇÃO

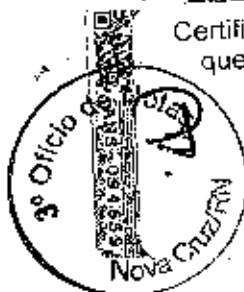
DECLARO, para os fins que se fizerem necessários, que com relação ao BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 26/2015 datado de 02 de julho de 2015, segundo a Srª MARIA JOSÉ MEDEIROS, (comunicante/vítima), se encontrava como carona na motocicleta Honda/CG 150 FAN ESI, de cor preta, ano/modelo 2011, de placas OFB-4478/PB, chassi 9C2KC1670BR62944, que no momento do acidente era pilotada pelo Sr. FRANCISCO GEOVANE MEDEIROS PONTES.

São José do Campestre/RN, 07 de Novembro de 2016

Be. Antonio Taveira de Farias Neto
Delegado de Polícia Civil



Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido, dou fé. -x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-
Nova Cruz/RN, 6 de Abril de 2017
Em testemunha da verdade.



Jacine Hortêncio da Silva Costa - Tabelião(o)
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2017

Carta nº: 10865737

A/C: MARIA JOSE MEDEIROS

Sinistro: 3170206294 ASL-0142682/17
Vítima: MARIA JOSE MEDEIROS
Data Acidente: 16/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EPITACIO PEREIRA CARNEIRO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2017

Carta nº: 10982878

A/C: MARIA JOSE MEDEIROS

Sinistro: 3170206294 ASL-0142682/17
Vítima: MARIA JOSE MEDEIROS
Data Acidente: 16/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EPITACIO PEREIRA CARNEIRO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **MARIA JOSE MEDEIROS**

Valor: **R\$ 7.087,50**

Banco: **104**

Agência: **000000762**

Conta: **0000027186-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2017

Carta nº: 10842829

A/C: MARIA JOSE MEDEIROS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170206294 ASL-0142682/17

Vítima: MARIA JOSE MEDEIROS

Data Acidente: 16/04/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: EPITACIO PEREIRA CARNEIRO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COMELE - COORDENADORIA DE MEDICINA LEGAL



LAUDO DE EXAME DE LESÃO CORPORAL

ART. 129 DO CÓDIGO PENAL (LESÃO CORPORAL), LEI NO. 11340/05 (LEI MARIA DA PENHA) E LEI NO. 8194/74, ALTERADA PELA LEI NO. 11945/09 (DPVAT)

Aos 08 (oito) dias do mês de outubro do ano de 2015, nesta cidade de Natal, capital do Estado do Rio Grande do Norte, à na sede do Instituto Técnico-Científico de Polícia, pelo Diretor(a) Geral e/ou Coordenador(a) de Medicina Legal, Sr(a) Eudes Valério Antunes Coelho, foi designado o Médico Legista, Doutor(a) Francinete Mânica de Oliveira CRM/RN 960, Perito(a) Oficial, para proceder o EXAME DE LESÃO CORPORAL na pessoa abaixo qualificada, afim de ser atendida a solicitação do(a) Delegado de Polícia Civil Sr(a) Antonio Tavares de F. Neto, exercendo suas funções no(a) Delegacia de Polícia de São José de Campestre/RN, devendo este laudo ser remetido para DP de São José de Campestre/RN, descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e bem, assim, esclarecer tudo quanto interessar possa e responder aos quesitos no final formulados.

Em consequência, passa o perito a fazer o exame solicitado e investigações que julga necessárias, findas as quais declara como se segue.

QUALIFICAÇÃO

NOME DA VÍTIMA: Maria José Medeiros

SEXO: Feminino

NATURAL: Monte das Gameleiras-RN.

NACIONALIDADE: Brasileira

COR: Feodermis

DATA DE NASCIMENTO: 15/10/1985

IDADE: 29 anos.

ESTADO CIVIL: União estável

PROFISSÃO: Aposentada

PAI: Expedito Medeiros

MÃE: Maria das Dores Rodrigues

ENDEREÇO: Sítio Macambira

NÚMERO: ***

BAIRRO: Zona Rural

CIDADE: Monte das Gameleiras/RN

TIPO DE DOCUMENTO: Carteira de Identidade

DOC Nº: 002.748.387

ORGÃO EXPEDIDOR: SSP/ITEP/RN

SINAIS PARTICULARES: ***

CONFERIDO e achado certa: dou fé.
Em 15 de Dezembro de 2015
Em Teste da verdade
Marcio Cortes Vasconcelos
Tribuna e Oficial Titular - CPF 576.063.747-87

HISTÓRICO

LOCAL DA OCORRÊNCIA: ***

DATA DA OCORRÊNCIA: ***

HORA DA OCORRÊNCIA: ***

INSTRUMENTO OU MEIO QUE PRODUZIU A OFENSA: ***

NOME DO AGRESSOR OU AGENTE RESPONSÁVEL: ***

Confirme o original

CPF, em Natal, 30/10/15

PARENTE? ***

QUAL? ***

NÚMERO DE GOLPES: ***

ATAQUE SURPRESA? ***

HOUE CONTENÇÃO DA VÍTIMA? ***

QUEM CONTEVE? ***

VERSÃO DO PERICIANDO OU DO SEU REPRESENTANTE LEGAL, SE MENOR OU INCAPAZ
Vítima de Colisão moto - moto.

HORA DO EXAME: 11:00 Horas

LOCAL DO EXAME: COMELE - ITEP - Natal/RN

DESCRIÇÃO

Segundo Boletim de Informação Médico Hospitalar, assinado por Dr Gean Guarniere R. Dantas CRM 4731, a pericianda foi tratada cirurgicamente de fratura do fêmur direito, fratura do platô tibial direito e fratura da tibia direita, com colocação de placa e parafusos. Segue com bloqueio importante do joelho direito.

01- Cicatrizes cirúrgicas longitudinais com marcas de pontos nas seguintes localizações e membros.

a- contorno lateral da coxa direita com 300mm de extensão direita.

b- contorno lateral de joelho direito e 1/3 superior da perna com 90mm,

c- Contorno anterior da perna direita com 250mm de extensão.

02- Cicatriz rosado com 60mm de diâmetro.

03- Edema difuso de membro inferior direito.

04- Diminuição dos movimentos das articulações do joelho direito em 70%.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

...

QUESTÕES E RESPOSTAS

PRIMEIRO - HÁ OFENSA À INTEGRIDADE CORPORAL OU À SAÚDE DE PERICIANDO? Sim.

SEGUNDO - QUAL O INSTRUMENTO OU MEIO QUE PRODUZIU A OFENSA?

Contundente.

TERCEIRO - A OFENSA FOI PRODUZIDA COM O EMPREGO DE VENENO, FOGO, EXPLOSIVO, ASFIXIA, TORTURA OU OUTRO MEIO INSIDIOSO OU CRUEL, OU DE QUE PODIA RESULTAR PERIGO COMUM?
(RESPOSTA ESPECIFICADA)

Prejudicado.

QUARTO - DA OFENSA RESULTOU PERIGO DE VIDA? Não.

QUINTO - DA OFENSA RESULTOU INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES HABITUAIS POR MAIS DE TRINTA DIAS? Sim.

SEXTO - DA OFENSA RESULTOU DEBILIDADE PERMANENTE DE MEMBROS, SENTIDO OU FUNÇÃO; INCAPACIDADE PERMANENTE PARA O TRABALHO, ENFERMIDADE INCURÁVEL; PERDA OU INUTILIZAÇÃO DE MEMBRO, SENTIDO OU FUNÇÃO; DEFORMIDADE PERMANENTE? (RESPOSTA ESPECIFICADA)
Debilidade permanente do membro inferior direito, (ver descrição).

SÉTIMO - DA OFENSA RESULTOU ACELERAÇÃO DE PARTO, OU ABORTO? (RESPOSTA ESPECIFICADA)
Não.

OITAVO - A OFENSA RESULTOU DE INOBSERVÂNCIA DE REGRA TÉCNICA DE PROFISSÃO, ARTE OU OFÍCIO? Prejudicado.

Ante ao exposto, encerro o presente LAUDO.

PERITO

Francinete Manicoba de Oliveira CRM/RN 960



CONFERIDO e achado certo; dou fé.

Em 15 de Dezembro de 2015

Em Teste da verdade.

Marcio Correia Vasconcelos
Tabelião e Oficial Público - CPF 576.063.742-87

VÁLIDO COM O SELO
DE AUTENTICIDADE

original
em 19/01/2016
16:42:08Z/2017/1/1

RECEBIDO

19 JAN 2016

DELPHOS



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO - 1034058



PACIENTE	MARIA JOSE MEDEIROS	Nº	1034058	RAÇA	Parda	ESTADO CIVIL	Solteiro(a)
CARTÃO SUS	160703191930004	ETNIA	Parda				
IDADE	29	SEXO	F				
NOME DA MÃE	MARIA DAS DORES RODRIGUES						
NOME DO PAI	EXPEDITO MEDEIROS						
RUA/AV.	SITIO SERRA DO VITOR	Nº	00				
COMPLEMENTO		BAIRRO	ZONA RURAL				
CEP	59182-000	CIDADE	Monte das Gameleiras-RN				
ESPECIALIDADE	Ortopedia	UNIDADE	Observação 2	LETO	1001		
USUÁRIO	Erivaldo						

ADMISSÃO 16/04/2015 17:57 ALTA 18/4/15 ÓBITO 1/1 DIAS DE PERMANÊNCIA 2

DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura Exposta Femur / Fechada Tibia

DIAGNÓSTICO FINAL

Handwritten notes: "NO", "PULSE", "OK!"

Stamp: CONFERE COM ORIGINAL NATAL R. A. II

Stamp: Dr. Natália A. II, Ortopedia, CRM RN 2195, REG 5471

Stamp: RECEBIDO 12 JUL 2016 DELPHOS

Natal, 16/4/15



Assinatura do médico responsável - CRM



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE MARIA JOSE MEDEIROS
DATA DE 16/04/2015 HORA 16:51 Nº BAA 85925
ENTRADA
IDADE 29 SEXO F ETNIA Pardo
CARTÃO SUS 160703191930004 ESTADO CIVIL Solteiro(a)
CPF - RG 274367 - SSP
NOME DA MÃE MARIA DAS DORES RODRIGUES
NOME DO PAI EXPEDITO MEDEIROS
NASCIMENTO 15/10/1985 NATURALIDADE Monte das Gameleiras-RN
TELEFONE - PROFISSÃO Do Lar
RUA/AV. SÍTIO SERRA DO VITOR Nº 00 BAIRRO ZONA RURAL
COMPLEMENTO - CIDADE Monte das Gameleiras-RN
CEP 59182-000
ORIGEM Ambulância - interior MOTIVO Acidente de Trânsito / Moto - Pedestre
ACID. DE TRABALHO Não USUÁRIO Josilma

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de colisão moto-moto às 10:30h de hoje, estava usando capacete, sofreu impacto direto em MTD com provável fratura, referindo dor local intensa, tendo melhorado com dipirona e repouso.
Não houve perda de consciência, náuseas, vômitos ou convulsões.
Neg. ingestão de bebida alcoólica.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Não há feridas abertas.
B MVE bilateral, simétrica, sem ruídos adventícios FC=108bpm
C RCP em 2T, BNF, sem ruídos FC=108bpm
D Glândulas 15, papilas rosadas e plácidas. Ictericidade em MTD.
E Pele quente, úmida, cor-de-sangue em MTD.

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Pele aparentemente estável, mas dolorosa. Hipocrato: 3+/4+
Abdome: semigloboso, flácido, doloroso apenas em abd. inferior DQ por dor
exoriana já em tratamento
→ MTD com fratura interna e encurtamento. Fratura exposta

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
	90x60mmHg				108	15	
RECEDIDO							

16/04/2015

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura humeral esquerda em MTD

CID



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO L



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, MARIA JOSE MEDEIROSPORTADOR(A) DO RG Nº 2748367EXPEDIDO POR carlinoEM 14 10 9 105 ECPF 0770094939-00 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AgricultorE RENDA MENSAL DE R\$ 488 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA JOSE MEDEIROS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;



- se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento

ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL
DPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;

e comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido,
ação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0762 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 27186-7

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

Monte das Gameleiras, 15 de Dezembro de 2015

LOCAL E DATA

M. José Medeiros

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

• O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo ao limite estabelecido na data do acidente). Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

• Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 11 2015.

RECEBIDO

DELPHOS

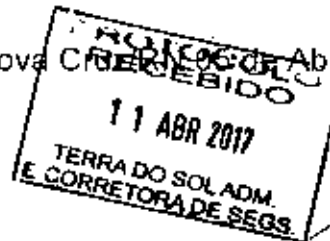
DECLARAÇÃO

DOCUMENTO 8 *78%*



Eu, Maria Jose Medeiros portador do RG: 2.748.367 SSP/RN e CPF: 077.007.734-08 reclamante do seguro DPVAT, venho através dessa declaração informa e comunica que não tenho mas documentações medico Hospitalar, só os documentos médicos que esta no pleito do meu processo que são a entrada Do., Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, Hospital e Memorial de natal e o laudo que menciona as sequelas que tive e as dificuldade que fiquei, devido a uma acidente de Motocicleta no dia: 16/04/2015, por isso peço a análise da minha documentação no qual estou precisando e necessitando da indenização para ajuda nas lesões sofridas, pois em verdade só possuo essas documentação medica, e que não tendo mas nenhum tipo de documentação a mais hospitalar só a que esta no pleito do meu processo.

Nova Cruz, 06 de Abril de 2017



x Maria Jose Medeiros

NOME
EPITACIO PEREIRA CARNEIRO

SOC. IDENTIDADE / OUT. PASSAP. (P)
 2061382 SS D RN

CP
 047.525.634-44 DATA NASCIMENTO
 23/03/1983

IMAGEM


MARCOS
 MANOEL MIGUEL CARNEIRO
 MARIA PEREIRA CARNEIRO

FERNANCO
 ACU CALHAO
 ALB

Nº PROTOCOLO
 06019680266

VALIDADE
 29/08/2018

1ª EMISSÃO
 13/03/2014

VÁLIDA EM TODAS
 AS TERRITÓRIAS NACIONAIS
 1031704190

DOCUMENTO 3 *T3%*


Assinatura: *Epitacio Pereira Carneiro*
 Assinatura do Representante: _____

LOCAL
 NOVA CRUZ, RN

DATA EMISSÃO
 25/03/2015

44515181800
 RN702163141

1031704190

VÁLIDA EM TODAS
 AS TERRITÓRIAS NACIONAIS
 1031704190

PROCURADOR.

PROTOCOLO
 RECEBIDO
 11 ABR 2017
 TERRA DO SOL ADM.
 E CORRETORA DE SEGS.