

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: 31/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00716-1

CONTA: 000000166470-0

Nr. da Autenticação B8C7925C51B78817

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: 16/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00716-1

CONTA: 000000166470-0

Nr. da Autenticação 99948B6DB3EE0BEA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190310426 **Cidade:** Santa Maria **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 25/11/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. P5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190310426 **Cidade:** Santa Maria **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 25/11/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DO PLATÔ TIBIAL À DIREITA.

Descrição do exame físico: A VÍTIMA REFERE DOR NA JOELHO E PERNA DIREITA COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, RELATA EPISÓDIOS DE FALSEIO NO JOELHO DIREITO. AO EXAME, MARCHA CLAUDICANTE COM APOIO DE MULETA, CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE LATERAL DO JOELHO DIREITO DE CERCA DE 20 CM.. LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO DE 30º-90º.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO. RELATA QUE FEZ FISIOTERAPIA POR CERCA DE 4 MESES (SIC). EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/07/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA ATRAVÉS DA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 28/05/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO EM GRAU MODERADO. DE ACORDO COM A PERÍCIA MÉDICA ATUAL, HOUE UM AGRAVAMENTO DA SEQUELA. DEVERÁ SER EFETUADO UM COMPLEMENTO, ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO SEVERO DO JOELHO DIREITO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradomalider.com.br ou entre em contato através de um dos canais abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0620-3596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, João Jozemar Duarte

RG nº 1639443, data de expedição 03/04/2039

Órgão ITER-RN, portador do CPF nº 033.240.024-80

com domicílio na cidade de Natal, no Estado de

Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Santa Helena, nº 833

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Mrs. Cristina P. de Oliveira, cujo o condutor era

João Jozemar Duarte

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: Honda / CB 150 FAN Ano: 2013-2014

Placa: ORF 8169 Chassi: 9C7KC1680ER443330

Data do Acidente: 24/11/2018

PROTOCOLO
RECEBIDO

15 MAI 2019

TERRA DO SOLADM
CORRETORA DE SEGS.

Local e Data: 34/05/2019

João Jozemar Duarte
Assinatura do Declarante

João Jozemar Duarte
Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

OFÍCIO DE
NOTAS

Natal 5º Ofício de Notas
Rua Francisco de Sá, 134 - APT. 101 - Centro - Natal - RN
Fone: (51) 3333-2125 e 3333-2126

Reconheço, por autenticidade a firma de
JOSE JOZEMAR DUARTE

Selo: (A3P00054042)

Natal, 14 de Maio de 2019 14:26

Em testemunho

Daniel Henrique de P. e Silva
Escrivente

OFICIAL / SUBSTITUTO / ESCRIVENTE

Prof. n. 155780NA54606475

Valido somente com selo de Autenticidade



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

NOME:

IDADE:

NATURALIDADE:

ENDEREÇO:

CIDADE:

COR:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

PROCEDÊNCIA:

Bairro:

DATA:

HORA:

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐

REGULAR ☐

COM DISPNEIA ☐

CHOCADO ☐

COMATOSO ☐

C/ HEMORRAGIA ☐

EM CONVULSÃO ☐

POLITRAUMATIZADO ☐

AGITADO ☐

OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de acidente de trânsito, colisão com muro. Estava com carteira. Relata dor lombar, dor intensa em Joelho D. Necessita de compressas, analgésicos.

EXAME FÍSICO

- A - VIA AEREA PERVIA e comunicável
- B - EUPNEICA
- C - HEMODINAMICA estável
- D - ECCOIS
- E - ESCROTO JOELHO. e Antebraço D.

RECEBIDO

07 MAI 2018

TERRA DO SOL ADM.
E CLINICA DE SEGS.

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma

Recebido
07 MAI 2018
TERRA DO SOL ADM.
E CLINICA DE SEGS.
Dr. Carlos
de
B. Barros



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA

162342 163342

7- CARTÃO NACIONAL SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RAÇA/COR

204 2764 1297 0006

19/081987

FEMININO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- TELEFONE DE CONTATO

MARIA ZELIA PEREIRA DE OLIVEIRA

988161630

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

MARIA ALICE

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA SÃO FRANCISCO, 94-A

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

NATAL

PLANALTO

RN

59073228

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Relatório de Acidente
no 1º de Plano de Saúde

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

A mãe

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

Exame físico

23- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

00960347429

28- CÍRCULO

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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 violência)

36- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRÂNSITO

38- () AC. TRABALHO TÍPICO

39- () AC. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

096977-4
CONFERIR COM ORIGINAL
de 12/11/2009
Servidor
5 Paulos

EXAMES COMPLEMENTARES

- TC de crânio e cervical

- RX Tórax PA, R. NOVENO DORN - SESP, R. JOGILHO D. PA e-gm

H. DEODÉCIO MARQUES DE LUCENA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: crânio + cervical

DATA: 25/11/18 HORA: 13:45

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input checked="" type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

1) Meta zero.

2) Injeção de 500mg - de Amp + 08ml 935. em 13:40

3) Tórax em 20mg - de Amp + 18ml 18:15

TC de crânio e cervical

4) Meta da G. G. G.

Dr. Antonio Braz S. Neto
MÉDICO
CRM/RN 8794

Intenção pl. Ortopedia nos

liber. de Arg. Cvd

trabal 500mg - 100ml 8/18

Dr. Antonio Braz S. Neto
MÉDICO
CRM/RN 8794

Dr. Fabio Pereira Figueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5804 - TEOT 13187

Dr. Fabio Pereira Figueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5804 - TEOT 13187

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____
HORA ____ HS		HORA ____ PARA ____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA ____/____/____	HORA ____	
ÓBITO ____/____/____	HORA ____	
ENTREGUE	A FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

REGULAÇÃO
PORTA ZERO

OBS

CLÍNICA
ORTOPÉDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		162342
DATA	HORA	CATEGORIA
25/11/2018	19:41	
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA		19/081987
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	
SOLTEIRO	DO LAR	
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
RUA SÃO FRANCISCO, 94-A		
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF
NATAL	PLANALTO	RN
		CEP
		59073228
		TELEFONE
LOCAL DE TRABALHO		

FILIAÇÃO	ANTONIO FRANCO DE OLIVEIRA
MARIA ZELIA PEREIRA DE OLIVEIRA	
RESPONSÁVEL	TELEFONE
MARIA ALICE	988161830
ENDEREÇO	
O MESMO	

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

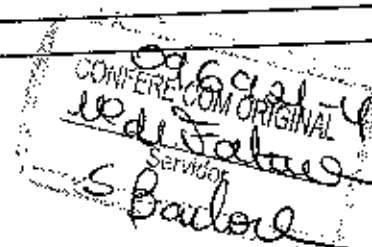
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO 25-11-18

ALTA 01-12-18

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital MDM2				Enfermaria		Leito		Nº prontuário																					
Nome Ana Caroline P. de Oliveira						Idade 31		Sexo F		Cor																			
Data 20/11/18		Pressão arterial		Pulso		Respiração		Temperatura		Peso																			
Tipo sanguíneo		Hemafias		Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia		Uréia																			
		Urina																											
Ap. respiratório OK						Asma Não		Bronquite Não																					
Ap. circulatório OK						Eletrocardiograma																							
Ap. digestivo sem OK				Dentes		Pescoco		Ap. urinário																					
Estado mental				Ataraxicos		Corticoides		Alergia Não		Hipotensores																			
Diagnóstico pré-operatório						Estado físico		Risco																					
Anestesias anteriores																													
Medicação pré-anestésica						Aplicada às		Efeito																					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 08:20 09:20h </div>																													
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Agentes Anestésicos</td> <td rowspan="2">Líquidos</td> <td rowspan="2">Oper</td> <td rowspan="2">Anest.</td> <td rowspan="2">O Rasp.</td> <td rowspan="2">P Pulso</td> <td colspan="6">Gráfico</td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> </tr> </table>												Agentes Anestésicos	Líquidos	Oper	Anest.	O Rasp.	P Pulso	Gráfico											
Agentes Anestésicos	Líquidos	Oper	Anest.	O Rasp.	P Pulso	Gráfico																							
<p>SÍMBOLOS</p> <p>E ANOTAÇÕES POSICÃO</p> <p>Monitores + Perdas de Urólise MSD. O Raquianestesia; Paciente em DLP, aséptico + antiespasmódico, punção de espaço subaracnóideo entre L4-L5 com agulha de Burreck 25G, saída de líquido claro, injeção de 1,5 ml de bupivacaína 0,5%.</p> <p>Agentes 0,5% bupivacaína 10ml + midazolam 2mg + fentanil 50mcg + atropina 1mg</p> <p>Técnica</p> <p>Operação</p> <p>Cirurgiões Elson / Marcelo</p> <p>Anestesiistas Sergio</p> <p>Observações Exames laboratoriais OK</p>																													
<p>Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias</p> <p>Perda sanguínea</p>																													

② Paciente acordado, consciente e orientado, estável hemodinamicamente, sat 99% em O2 ambiente, uma CO2 em 35.

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	atdm2							
Nome	Ana Caroline P. de Oliveira							
Data	29/11/18		Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo			Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	
Urina								
Ap. respiratório	OK		Asma	Nose		Bronquite	Nose	
Ap. circulatório	OK		Eletrocardiograma					
Ap. digestivo	okm OK		Dentes	Pescoco	Ap. urinário			
Estado mental	Alergias	Corticoides	Alergias	Hipotensores	Risco			
Diagnóstico pré-operatório								
Anestésias anteriores								
Medicações pré-anestésicas	05/2018		Aplicadas as	Estado				

[illegible]

SINUS 1000

P Pulso X
O Resp. O
Anast. X
Oper. O

Handwritten notes on the right margin: P Pulso, O Resp., Anast., Oper.

AGENTES	POSICÃO	NOTAÇÕES	E
Agente 102	Agente 102	Agente 102	Agente 102

Operação	Cirurgiões	Anestesistas	Observações	Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias	Perda sanguínea
	Elson / Marcelo	Stênio	Exatidão laboratorial		CM/NN 1200
					Dr. Sérgio Bezerra
					Médico Assistente Operatório

② Rate of interest, considered a cost to the firm and not to the customer. Example, if a firm has a 10% cost of capital, and it has a 10% return on its investment, then the firm is not creating value.



Hospital

Nome do paciente **ANA CRISTINA P. DE OLIVEIRA**

Nº prontuário

Data operação

29/11/2018

Enf.

Leito

Operador

1º auxiliar

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesiologista

DR. ELSON JOSÉ

Tipo de anestesia

DR. MARCELO NOBREGA

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO (GRAVE)

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. COLOCAÇÃO DOS CAMPOS
3. INCISÃO LATERAL REDUÇÃO O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL
4. FIXAÇÃO PROVISÓRIA COM FIO K + FIXAÇÃO COM PLACA L + PARAFUSOS
5. LIMPEZA COM SF E SUTURA POR PLANOS
6. MANIPULAÇÃO DO JOELHO
7. SOLTURA DE GARROTE
8. CURATIVOS E ENFAIXAMENTO
9. CRO
10. RX DE CONTROLE

Elson José S. Miranda
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 6301 - RCT 13807

Centro de Estética, Natação e Reabilitação Tutubarão
Av. Nascimento de Castro, 954, Dix-Sept Rosado – Natal/RN

Fone: 3213-1402

LAUDO FISIOTERAPÊUTICO

A paciente **Ana Cristina Pereira de Oliveira**, 31 anos, com diagnóstico médico de Fratura de platô tibial joelho direito após sofrer acidente de moto em 24/11/2017, sendo submetida a cirurgia na região fraturada em 29/11/2017. De acordo com o quadro clínico, sugere-se continuação de cômulo lateral da tibia.

Ao exame físico apresentou: aderência cicatricial, dor, edema em joelho, limitação na flexão de joelho, déficit de força para todos os grupos musculares atuantes no membro inferior direito.

Apresenta como diagnóstico cinético funcional: limitação funcional do membro inferior direito por dor, déficit de ADM e de força associada dormência na perna direita, aderência cicatricial.

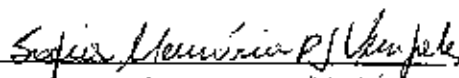
Objetivos terapêuticos: debelar a dor, diminuir o edema, aumentar a ADM do membro, melhorar a propriocepção, treinar o equilíbrio, reeducar a marcha, ganhar força, diminuir a aderência.

Plano de tratamento proposto: TENS terapêutico para redução da dor, crioterapia para diminuir o edema, massagem para liberação cicatricial, alongamento da musculatura de membros inferiores, mobilização patelar, exercícios de flexão de joelho para aumentar a ADM do joelho, fortalecimento de quadriceps com caneleira de 2Kg, exercício de ponte, exercício de agachamento com auxílio de bola, bicicleta estacionária 15 min, rotação dos MMII com bola, exercício de flexo-extensão de joelho com quadril flexionado, apoio unipodal segurando a bola, equilíbrio com flexão de quadril e joelho no trampolim (equilíbrio/propriocepção), descarga de peso, subir e descer degrau, pulando alternando pernas (pliométricos), sentar e levantar+marcha lateral+marcha lateral cruzada (treino de marcha), dissociação de cinturas com auxílio de bola+alongamentos MMII.

Contudo, paciente apresenta limitação funcional de 90° na flexão do joelho direito, sendo necessário manter o tratamento fisioterapêutico.

Estamos à disposição para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos.

Natal, 03 de maio de 2019.



Sofia Memória P.S. Vieira Jales
Fisioterapeuta
CREFITO 106393-F

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO GENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



Ana Cristina Pde Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

002.317.249 05/05/2015

ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA

ANTONIO FRANCO DE OLIVEIRA

MARIA ZELIA PEREIRA DE OLIVEIRA

NATAL - RN 19/08/1987

CERT. DE NASCIMENTO L-469 F-205 RG-5671

VARIA: RN-CARTÃO ÚNICO CARTÃO

065.268.344-75

Seblas Ferreira do N. Junior Za. Via

LE Nº 7.115 DE 08/08/85

PROTOCOLADO

RECEBIDO

07 MAI 2017

TERA DO SOL ADM.

E CARRETORA DE SEGS.

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013771716554 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE E 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

RECEBIDO

07 MAI 1993

TERMINO DO SOL ADM
E CORRETORIA DE SEGS.

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2018

16/09/2018

CNPJ

PLACA

011.840.024-48

0R38169

RENAVAM

MARCA - MODELO

02558411601

HONDA/CB310 FAN B5DI

ANEXAR

DATA

Nº CHASSI

2013

3

9C2KC1690BR441110

PRÊMIO TARIFARIO

RENAVAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

ICMS

13% sobre o valor do prêmio

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

QUITA ÚNICA

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.040/0001-04

Eu, Ana Cristina Pereira de Oliveira, portadora do CPF 065.208.344-75, residente na cidade de Natal/RN venho solicitar a Seguradora LIDER o reajuste do meu sinistro de número 3190310496, pois não concordo com o valor da indenização paga.

A minha discordância é devido o fato de eu estar com sequelas e o valor recebido não é satisfatório.

Se for necessário passar por perícia médica não existe problema, a seguradora LIDER pode marcar a perícia para me examinar.

Estou no aguardo da regularização do meu sinistro o mais rápido possível, segue laudo médico.

Natal 25 de Junho de 2019



Ana Cristina Pereira de Oliveira

INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Sr(a) Ana Cristina Pereira de Oliveira, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão _____, portador(a) do Rg. nº 02317049 - SSP/RN e CPF de nº: 06520834475, residente e domiciliado na Rua São Francisco nº 914 Bairro Planalto - Município de Natal/RN, CEP: 59073228, com telefone para contato: (84) 99604-0390

OUTORGADO: ANDRÉ DA CRUZ GONÇALVES, brasileiro, casado, autônomo, residente e domiciliado à Rua fazenda Nova, nº 8, Bairro da Cidade Da Esperança - Natal/RN CEP 59070-390, inscrito no CPF de nº 016.640.974-06 e no RG de nº 002.324.034 SSP/RN, com telefone para contato (84) 9 8779.0612.

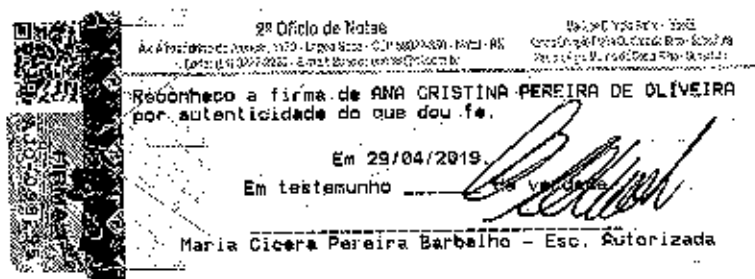
Por este instrumento particular de procuração, o(a) **OUTORGANTE** nomeia e constitui o **OUTORGADO** seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou, em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Ana Cristina Pereira de Oliveira, ocorrido em 24/11/2018 conforme registrado no B.O anexado ao processo.

Podendo o dito **PROCURADOR**, representar o(a) **OUTORGANTE** como se o próprio fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento/crédito de indenização de sinistro **DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

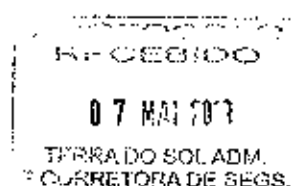
Natal 29 de Abril de 2019.

Ana Cristina Pereira de Oliveira
CPF nº: 06520834475
Outorgante

Obs: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.



Gloria Maria de Andrade
Esc. Autorizada



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190310426**

Nome do(a) Examinado(a): **ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua São Francisco, 94 - Planalto - Natal - RN - CEP 59073-228

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ITEP /RN**] **002.317.249**

Data e local do acidente: [**25/11/2018**] **SANTA MARIA / RN**

Data e local do exame: [**09/07/2019**] **Natal** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA FECHADA DO PLATÔ TIBIAL À DIREITA.

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

A VÍTIMA REFERE DOR NA JOELHO E PERNA DIREITA COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, RELATA EPISÓDIOS DE FALSEIO NO JOELHO DIREITO. AO EXAME, MARCHA CLAUDICANTE COM APOIO DE MULETA, CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE LATERAL DO JOELHO DIREITO DE CERCA DE 20 CM.. LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO DE 30º-90º.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO. RELATA QUE FEZ FISIOTERAPIA POR CERCA DE 4 MESES (SIC). EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do joelho 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 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 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 a valoração do dano corporal.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA ATRAVÉS DA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 28/05/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO EM GRAU MODERADO. DE ACORDO COM A PERÍCIA MÉDICA ATUAL, HOUVE UM AGRAVAMENTO DA SEQUELA. DEVERÁ SER EFETUADO UM COMPLEMENTO, ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO SEVERO DO JOELHO DIREITO.



Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 065.208.344-75 Nome completo da vítima: ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA 344-75

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA CPF: 065.208.344-75

Profissão: RECUSO Endereço: SÃO FRANCISCO Número: 94 Complemento: _____

Bairro: PLANALTO Cidade: NATAL Estado: RN CEP: 59073-228

E-mail: _____ Tel.(DDD): (84) 98779-0612

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (304)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA

AGÊNCIA: 0034 CONTA: 9983 4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

TESTEMUNHAS

1ª Nome: 87 MAI 2017

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Ana Cristina P. de Oliveira

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
0051165 DROG SENA PLANALTO 30/04/2019
CAIXA
07:46:41 (Horário de Brasília)
*****9988

Saldo N. 93020001-3121

AGENCIA : 0034 - ALECRIM - RN
CONTA : 023 00009983-4
CLIENTE : ANA CRISTINA PEREIRA DE O

SALDO ATE A DATA DE: 30/04/2019
DISPONIVEL.....
DEBITO A CONFIRMAR.....
CREDITO A CONFIRMAR.....
BLOQUEADO.....
TOTAL.....
LIMITE CHEQUE ESPECIAL.....

8,004

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel térmossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 18067019B01



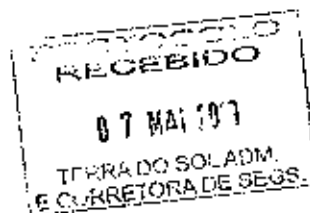
Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em Imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373205, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.209-2, 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 18067019B01 e o número do control: DCECC5b788DC8C8C284E1CA0AE11CD.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18067019B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 25/11/2018 Hora: 09:00 Município: SANTA MARIA/RN
BR: 304 KM: 262,0 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: JUSSIER, 1373285

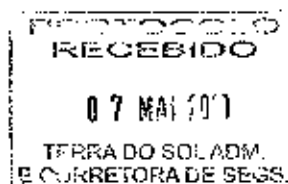
ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Sol	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS - SEM IMAGEM

NARRATIVA

No dia 25/11/2018, por volta das 09:00h da manhã, aconteceu um acidente do tipo colisão traseira com vítimas, sendo uma com lesões leves e outra com lesões graves, envolvendo os veículos: V1 - Uma motocicleta HONDA /CG150 FAN ESDI de placas ORG8169 e V2 - HONDA/CG 160 FAN ESDI de placas QGI-0264. Não foi possível colher vestígios no local, pois o local foi totalmente desfeito e só comunicado o fato cerca de três horas após o acontecido, mas, de acordo com as declarações coincidentes dos dois condutores, o veículo V2 seguia o fluxo no sentido decrescente da via e ao aproximar-se de uma queleira existente logo após Santa Maria, resolve convergir à esquerda para sair da pista, porém verificando um desnível acentuado entre a pista e o terreno adjacente, pára sobre a pista. Nesse instante, o veículo V1, que seguia o fluxo, logo atrás de V2, não tendo mantido distância regular de segurança entre os veículos e não percebendo a parada brusca deste em tempo hábil, colide contra a traseira do mesmo. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. De acordo com a análise dos fatos relatados, foi possível concluir que a causa principal do acidente foi o veículo V1 não ter guardado distância regular de segurança para o veículo V2.



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 30/11/2018, 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/su/verificar>, informando o protocolo 18067019B01 e o número de controle: 0CECC55788DC8C8C284E1CADAE11CD.





MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18067019B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local desfeito



QUEJEIRA EXISTENTE



RIACHUELO

SANTA MARIA



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	
2	Tombamento	V2, V1

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - ORG8169 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: ORG8169 Marca/modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Renavam: 00598401601

Ano fabricação: 2013 Chassi: 9C2KC1680ER441110

Tipo de veículo: Motocicleta

Espécie: Passagelro Categoria: Particular

Cor: Vermelha

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



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JUSSEIR, matrícula 1373285, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2016, 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 18067019B01 e o número de controle 0CECC357880CBBCB284E1CA0AE11CD.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18067019B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG150 FAN ESDI

Placa: ORG8169

Nº BOAT: 18067019B01

Nome do Agente: JUSSIER

Matrícula do Agente: 1373285

Data: 25/11/2018

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (trilciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2018, 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/novobol/autenticar>, informando o protocolo 18067019B01 e o número de controle 0CECC55788DC6CBC284E1CA0AE11CD.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18067019B01

V1 - Proprietário

Nome: JOSE JOAZEMAR DUARTE

Email:

Endereço: R SANTA HELENA, 811, NATAL-RN

CPF/CNPJ: 011.240.024-80

Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - JOSE JOZEMAR DUARTE

V1C - Informações

Nome: JOSE JOZEMAR DUARTE

CPF: 011.240.024-80

sexo: Masculino

Usava capacete: Sim

Data de Nascimento: 22/06/1981

Estado civil: Casado(a)

Estado físico: Lesões Leves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB

UF: RN

Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 26/01/2009

Vencimento da habilitação: 04/06/2023

Nº Registro: 04556097694

Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Resultado obtido: 0,0 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: SANTA HELENA, 811, FELIPE CAMARAO, NATAL-RN

Telefone: 84988232247

Email:

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA

V1P1 - Informações

Nome: ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 065.208.344-75

sexo: Feminino

Usava capacete: Sim

Data de Nascimento: 19/08/1987

Estado civil:

Estado físico: Lesões Graves

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: MIRASSOL, 381, PLANALTO, NATAL-RN

Telefone: 008432341323

Email:



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2019, 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 da 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 18067019B01 e o número de controle 0CEC055788DC8CBC284E1CA0AE11CD.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18067019B01

V1P1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



V2 - VEÍCULO 2 - QG10264 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: QG10264 Marca/modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI
Ano fabricação: 2017 Chassi: 9C2KC2200HR044878
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Saindo da via

Renavam: 01121697078
Tipo de veículo: Motocicleta
Cor: Preta



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2018, conforme haste 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/novghal/autenticar>, informando o protocolo 18067019B01 e o número de controle 0CECC55783DC8C8C284E1CA0AE11CD.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18067019B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/CG 160 FAN ESDI

Placa: QGI0264

Nº BOAT: 18067019B01

Nome do Agente: JUSSIER

Matrícula do Agente: 1373285

Data: 25/11/2018

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (tríciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V2 - Imagens Obrigatórias

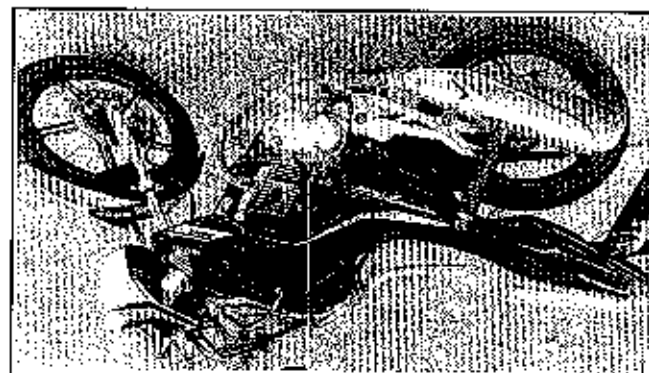


IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2018, 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 linha 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/hovobat/autenticar>, informando o protocolo 18067019B01 e o número de controle 0CECC5578BDC8CBC284E1CA0AE11CD.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18067019B01



V2 - Proprietário

Nome: FRANCISCO FRANCO DE FARIAS
Email:
Endereço: SANTO ANTONIO-RN

CPF/CNPJ: 595.268.744-04
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - ANDERSON BARBOZA BEZERRA

V2C - Informações

Nome: ANDERSON BARBOZA BEZERRA
CPF: 105.201.974-96
sexo: Masculino
Usava capacete: Sim

Data de Nascimento: 06/09/1993
Estado civil: Solteiro(a)
Estado físico: Ileso

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: RN
Observações CNH: 15

Primeira habilitação: 06/02/2015
Vencimento da habilitação: 18/08/2019

Nº Registro: 06296874427
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,0 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA Júlio Vitorino de Andrade, 54, CENTRO, CAICARA DO RIO DO VENTO-RN
Telefone: 84981393509
Email:



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373385, Polícia Rodoviária Federal, em 20/11/2018, 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 6.539, de 8 de outubro de 2016 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/novobair/autenticar>, informando o protocolo 18067019B01 e o número de controle 0CECC6578BDC8CBC284E1CA0AE11CD.

191

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 065.208.344-75 Nome completo da vítima: ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA 399-XS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA CPF: 065.208.344-75

Profissão: RECLUSO Endereço: SÃO FRANCISCO Número: 94 Complemento: _____

Bairro: PLANALTO Cidade: NATAL Estado: RN CEP: 59073-228

E-mail: _____ Tel (DDD): (84) 98772-0612

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0034 CONTA: 2283 4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Assinatura digital da vítima ou beneficiário ou representante

Local e Data: NATAL RN 05/05/19

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

Ana Cristina P. de Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: 87 Mai 197

CPF: _____

Assinatura: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18067019B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 25/11/2018 Hora: 09:00 Município: SANTA MARIA/RN
BR: 304 KM: 262,0 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: JUSSIER, 1373285

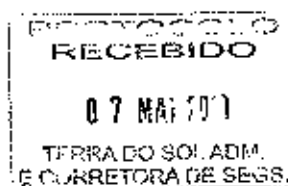
ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Sol	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS - SEM IMAGEM

NARRATIVA

No dia 25/11/2018, por volta das 09:00h da manhã, aconteceu um acidente do tipo colisão traseira com vítimas, sendo uma com lesões leves e outra com lesões graves, envolvendo os veículos: V1 - Uma motocicleta HONDA /CG150 FAN ESDI de placas ORG8T69 e V2 - HONDA/CG 160 FAN ESDI de placas QGI-0264. Não foi possível colher vestígios no local, pois o local foi totalmente desfeito e só comunicado o fato cerca de três horas após o acontecido, mas, de acordo com as declarações coincidentes dos dois condutores, o veículo V2 seguia o fluxo no sentido decrescente da via e ao aproximar-se de uma queijeira existente logo após Santa Maria, resolve convergir à esquerda para sair da pista, porém verificando um desnível acentuado entre a pista e o terreno adjacente, para sobre a pista. Nesse instante, o veículo V1, que seguia o fluxo, logo atrás de V2, não tendo mantido distância regular de segurança entre os veículos e não percebendo a parada brusca deste em tempo hábil, colide contra a traseira do mesmo. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. De acordo com a análise dos fatos relatados, foi possível concluir que a causa principal do acidente foi o veículo V1 não ter guardado distância regular de segurança para o veículo V2.



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 30/11/2018, 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 da 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/novabai/autenticar>, informando o protocolo 18067019B01 e o número de controle 0CECC5578DC8CBC2B4E1CA0AE11CD.

191

Assinatura: _____
Data: 20/03/2015
Assinatura: _____
Data: 20/03/2015

ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA
CPF: 045.008.344-15

RIA, SAN FRANCISCO 24--A.
FLORIANOVAREZ, URBANA,
NATAL RN
39173-223

31 RESIDENTIAL
RESIDENTIAL
5000000

DATA OKUPASI	HEBANG
7010826786	08/2018
DATA PE VENOHIKATO	25/10/2018
TOTAL 0 PAGAH 291	35.22

Nº DA FOLHA ORIGINAL	SÉRIE	EMISSÃO
0-3888979	CHICA	26/06/2018
APPROBADO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTAÇÃO
25/06/2018	311883440	2686541

35.22

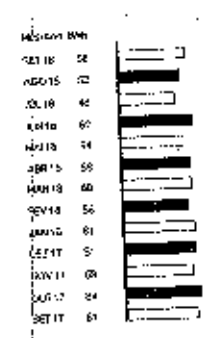
Consumo 2007/2008
 Água em Bujanda M: 4622,44
 Água para abastecimento: 100,16+198 361811
 Juros do abastecimento: 100,16+198 231,676
 Água Fregada 10 PM: 17 979,48+2466- 7306,18

00000000	TRSCG (RS)	VALOR (R)
	L 51517197	20
		0
		1
		2
		3

TO: J. A. DAFATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	QUANTIDADE CONSUMIDA	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
14652272	CAT	24/05/2016	252,00	16/05/2016	252,00	0,0000		0,00

CONSUMO MENSAL CONSUMO



BASE DEC CALCULO	%	VALOR D INFORME
32.87	1.19	
32.47	5.47	

Consumo de energia	Pa	Q	Q/PA
Transporte	Pa	1,84	45,88%
Industria	Pa	2,76	69,35%
Edifícios comerciais	Pa	2,33	58,10%
Edifícios residenciais	Pa	2,65	66,25%
Tratamento de água	Pa	1,10	27,50%
Total	Pa	10,64	266,12%

[illegible]

ATENÇÃO: A GOSTAR DE INFORMAR O SEU ENDEREÇO E O SEU E-MAIL, CLIQUE EM: [CLIQUE AQUI](#)

41. 420100, 420100, 420100
 42. 420100, 420100, 420100
 43. 420100, 420100, 420100
 44. 420100, 420100, 420100
 45. 420100, 420100, 420100
 46. 420100, 420100, 420100
 47. 420100, 420100, 420100
 48. 420100, 420100, 420100
 49. 420100, 420100, 420100
 50. 420100, 420100, 420100

Valor:	De valor:	Valor:	Valor:	Valor:
1.000,00	2.000,00	3.000,00	4.000,00	5.000,00

Este documento é uma cópia de um documento original e não deve ser usado para fins legais. O documento original deve ser usado para fins legais. Este documento é uma cópia de um documento original e não deve ser usado para fins legais. O documento original deve ser usado para fins legais.

DATA	QUANT. RECEBIDA	VALOR RECEBIDO	VALOR ESPERADO	DATA FALTA	TENSÃO NOMINAL (V)	LUMENS DE VIDA ÚTIL (HRS)	PREÇO
0.00	2.00	10.00	30.00		200	200	200
0.00	3.17	6.33	0.00				
0.00	2.50	0.00	0.00				

RECEBIDO

RECEBIDO
07 MAI 1971
TERRE DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.