

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: 00000166470-0

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: 00000166470-0

Nr. da Autenticação 99948B6DB3EE0BEA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 PERNAS DIREITAS 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 OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO. RELATA QUE FEZ FISIOTERAPIA POR CERCA DE 4 MESES (SIC). EVOLUITU 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, HOUVE 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 maiores esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através do um dos canais abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4620-1596 | Outras regiões: 0800-022-11-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-11-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvirder: 0800-021-91-35

Eu, João Joaquim Duarte,

RG nº 36.394.43, data de expedição 03/04/2039

Órgão ITF - 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 855,

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

Ana Cristina P. de Oliveira, cujo o condutor era

João Joaquim Duarte.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: Honda / CG 150 FAN Ano: 2023-2024

Placa: QBE 8169 Chassi: 9GJLCL680ER 443350

Data do Acidente: 24/11/2038

PROTOCOLO
RECEBIDO

15 MAI 2039

TERRA DO SOL ADM.
& CORRETORA DE SEGS.

Total e Data:

14/05/2039

João Joaquim Duarte

Assinatura do Declarante

João Joaquim Duarte

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

OFICIO DE
NOTAS

Natal 5º Ofício de Notas
Av. Presidente Vargas, 350 - Centro - CEP 59010-200 - Natal - RN
Fone: (84) 3231-4799/3212/3213/3214/3215/3216/3217/3218/3219/3220
E-mail: oficio.natal@correio.com.br

Reconheço por autenticidade a firma de:
JOSE JOAQUIM DUARTE

Selo: (AJP00054442)

Natal, 14 de Maio de 2018 14:26

Em testemunho,

OFICIAL / SUBSTITUTO(O) / ESCRIVENTE

Prof. n. 15580NÁ54606475

Valido somente com selo de Autenticidade

Domitila Mendes de P. S. Silveira

Escrivente

da verdade.



899

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

Natal - Rio Grande do Norte - 39
 BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA N°

NOME: José Antônio Pereira de Oliveira
 IDADE: 31 COR: Branco SEXO: M ESTADO CIVIL: Casado
 NATURALIDADE: RJ PROFISSÃO: Cucador PROCEDÊNCIA: Santuário
 ENDEREÇO: Rua = São Francisco n° 94 BAIRRO: Flamengo
 CIDADE: NATAL DATA: 25/11/2018 HORA: 18:10

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>	CHOCADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>

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 14 01h.

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) Paciente bateu na cabeça no chão. estava com consciência. Rolação da consciência, dor intensa em face. D. Meia hora na consciência, náuseas, vômitos.

EXAME FÍSICO

- A - via aéreas patológicas e constrictivas laringe inflamada
- B - Exame cutâneo intacto
- C - Hemorragia ou coagulo estavam negativo
- D - ECG normal
- E - Exames g₁ normais. e 4º exame g₂

ASSUNTO PLACAR
RECEBIDO
07 MAI 2017
TERRA DO SOL ADM. E DIRETORIA DE SEGS.

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura -

Fratura -
de fêmur
com luxação
5.º grau
com
paroxismo



Sistema Único de Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		4- CNES 3515168	
2- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE OCLECIO MARQUES DE LUCENA		6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 162342 163342	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA		7- CARTÃO NACIONAL SUS 204 2764 1297 0006	
8- DATA DE NASCIMENTO 19/08/1987		9- SEXO FEMININO	
10- RACIA/COR PARDA		12- TELEFONE DE CONTATO 988161630	
11- NOME DA MÃE MARIA ZELIA PEREIRA DE OLIVEIRA		14- TELEFONE DE CONTATO	
13- NOME DO RESPONSÁVEL MARIA ALICE		15- ENDEREÇO (RUA, N°) RUA SÃO FRANCISCO, 94-A	
16- MUNICÍPIO NATAL		17- BAIRRO PLANALTO	
18- UF RN		19- CEP 59073228	
Justificativa de Internação			
<p>20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS OBSCOS</p> <p><i>Katia é alitó de Alívio t meto, no futebolito fute</i></p>			
<p>21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</p> <p><i>Arrebatado</i></p>			
<p>22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)</p> <p><i>Exame de urina e exame de sangue</i></p>			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Alitó de futebolito</i>	24- CID 10 PRINCIPAL <i>Codesma</i>	25- CID 10 SECUND. <i>Exame de sangue</i>	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <i>Exame de urina</i>
Procedimento Solicitado			
<p>27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Ortopedia</i></p>			
28- CEPING <i>59073228</i>	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Planned</i>	31- DOCUMENTO <i>() CNS / CPF</i>	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>00960367629</i>
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dra. Usman</i>	34- DATA DA SOLICITAÇÃO <i>CRM 7657/2011-07-11</i>	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>CRM 7657/2011-07-11</i>	36- CONÍGIO DO PROCEDIMENTO <i>00960367629</i>
<p>Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)</p> <p>39- CNPJ DA SEGURADORA <i>40- Nº DO BILHETE CRM 7657/2011-07-11</i></p> <p>41- SÉRIE</p>			
36- () AC. TRÂNSITO	42- CNPJ DA EMPRESA <i>43- CHAM DA EMPRESA</i>	44- CBOR	
37- () AC. TRABALHO TÍPICO			
38- () ACI. TRABALHO TRAJETO			
<p>45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA</p> <p>() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO</p>			
<p>46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>Autorização</i></p>		<p>47- COD. ÓRGÃO EMISSOR 48- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>096974-5</i></p>	
49- DOCUMENTO <i>() CNS () CPF</i>	50- DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>CONFIRMADA</i>	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>096974-5</i>	52- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

09697-1
CONFIDENTIAL -
COM ORIGINAL
Not to be released
S. Advisor
S. Carlson

EXAMES COMPLEMENTARES

- TC de tórax e cervical
- RX TÓRAX PA, RENOGRAM DORN-SEPPA H. DEOLÉGIO MARQUES DE LUCENA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- EXAME: torax + cervical

DATA: 25/11/18 HORA: 13:47

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input 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"/>

1) Metá Zona

CONDUTA

2) Injeções 500mg - d/sip + 08ml 435.000 U 13:40

3) Téroxal em Zay - d/sip + 18ml 12.000 U

4) TC de tórax e abdômen

4) Alta da Gengiva *Dr. Antonio Braz S. Neto
MÉDICO CRM/RN 8794*

Intervenção p/ Ortopedia

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

Abx de Cavig. Abd

Traçal 100g - 100ml g/l

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 AREVELIA

DATA _____ / _____ / _____ HORA _____

ÓBITO _____ / _____ / _____ HORA _____

ENTREGUE A FAMÍLIA S.V.O. I.T.E.P. *Dr. Antonio Braz S. Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 8794*

MEDICO (Carimbo)

DR. BRAZ

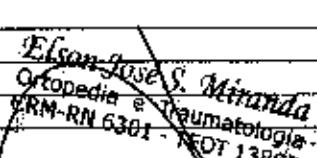
CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA ORTOPÉDIA	REGULAÇÃO PORTA ZERO	OBS
ENFERMARIA Nº	OBITO	PRONTUÁRIO 162342
DATA 25/11/2018	HORA 19:41	CATEGORIA GII
PACIENTE ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA		DATA DE NASCIMENTO 19/08/1987
ESTADO CIVIL SOLTEIRO		PROFISSÃO DO LAR
ENDEREÇO (RUA, N°) RUA SÃO FRANCISCO, 94-A	BAIRRO PLANALTO	UF RN CEP 59073228 TELEFONE
MUNICÍPIO NATAL		
LOCAL DE TRABALHO		
FILIAÇÃO MARIA ZELIA PEREIRA DE OLIVEIRA	ANTONIO FRANCO DE OLIVEIRA	
RESPONSÁVEL MARIA ALICE		TELEFONE 988161630
ENDEREÇO O MESMO		
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		
DATA DE ADMISSÃO 25-11-18	ALTA 01-12-18	OBITO
HISTÓRIA CLÍNICA		
CONFERENCIA COM ORIGINAL de Fabiano S. Barboza		

CONFERENCIA COM ORIGINAL
de Fabiano
S. Barboza

Nome do paciente ANA CRISTINA P. DE OLIVEIRA		Nº prontuário
Data operação Operador 2º auxiliar	Enf. 1º auxiliar 3º auxiliar	Leito Instrumentador
Anestesista Diagnóstico pré-operatório	DR. ELSO JOSÉ DR. MARCELO NOBREGA	
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 - visceras		
<ol style="list-style-type: none"> 1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA 2. COLOCACAO DOS CAMPOS 3. INCISÃO LATERAL REDUÇÃO O MAIS ANATÔMICO POSSIVEL 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 		
 <p>Elson José S. Miranda Ortopedia e Traumatologia CRM-RN 6301 - ADT 1380</p> <p>06/01/2018 JUNTO RECOM ORIGINAL de Jolley Servidor b7Parte2</p>		

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	240M2	Enfermaria	Lelto	Nº prontuário
Nome	Ana Cristina P. da Oliveira.	Idade	31	Sexo
Data	28/11/18	Peso		Cor
Tipo sanguíneo	Hemoglobina	Respiração	Temperatura	Outros
	Urina	Hematocrito	Glicemia	Uréia
Ap. respiratório	OK			Aasma Nage
Ap. circulatório	OK			Eletrocardiograma Nage
Ap. digestivo	Alimentação	Dentes	Pescoço	Ap. urinário
Estado mental	Atareados	Corticoides	Alergia Nage	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório				Estado físico
Anestesias anteriores				Risco
Medicação pré-anestésica	08.20	Aplicada às	Efeito	
Agents Anestésicos	0.2 mg			
Liquidos	PS 800 ml			
Oper	260			
Anest.	250			
X	240			
	230			
	220			
	210			
	200			
	190			
	180			
	170			
	160			
	150			
	140			
	130			
	120			
	110			
	100			
	90			
	80			
	70			
	60			
	50			
	40			
	30			
	20			
	10			
SÍMBOLOS				
ANOTAÇÕES	Monitórios + versos de venoclise MSO. Oxytoxosestesia; capnografia em DLT, ausculta + pressão arterial, pulso de espasmo subcoronáreos entre 2-4 cm acima de bruxite 150, seccao de diafragma clara, tecido de 15-16 cm de espessura hipotônico. Tensões de 10 mmHg de CO2, 50 mmHg de O2, 150 mmHg de N2O, 100 mmHg de Arteria, 100 mmHg de Vena.			
POSIÇÃO	Tumbarina 10°, Tórax 10°, Abdomen 10°, Tensão 100 mmHg, Tensão 100 mmHg, Tensão 100 mmHg, Tensão 100 mmHg.			
Agentes	Cetamina 100 mg, Fentanyl 200 µg, Sufato de Rádio 1000 mg, Metocarbamol 1000 mg, Paracetamol 1000 mg, Lantilax 50 mg, Tetrahexicon 100 mg.			
Técnica				
Operação				
Cirurgiões	Elson / Marcus			
Anestesistas	Sergio			
Observações	Exames laboratoriais - OP -			
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias				
Perda sanguínea 				

② Sistemas de gerenciamento de operações, operacionais e pré-operacionais

Perda sanguínea

Serviço de Anestesiologista e Gásioterapia

Hospital ADML

Name	Anne (M) wife P. da Silveira				
Date	28/11/18	Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura
Type Sangüínea	Hematoferes	Hemoglobin	Hematocrito	Glicemia	Ureia
Urtiga					

AP. replatecrito		Adams	Bronquite	No Fie	Eletrocardiograma
AP. circulatório					

AP. digestivo		Dentes	Peçoço	AP. urinário	
Estatómetro					

Medicagno pre-anestésicas					
Anestesias anteriores					

Agente anestésico					
Liquido					

P Pulso	O Respir.	Anest.	Oper.		
10	20	30	40	50	60
70	80	90	100	110	120
130	140	150	160	170	180
190	200	210	220	230	240
250	260				

SÍMBOLOS					
ANOTAGENS					
POSGAO					
TecnicCB					
Clínica/ Série/ Centro					
Anestesistas					
Observadores					
Perda sangüínea					

Outras					
Perda sangüínea					
Medicagno pré-operatórias, operações e pos-operatórias					
Outras					
Perda sangüínea					
Medicagno pré-operatórias, operações e pos-operatórias					
Outras					

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
Anestesista	DR. EISON JOSÉ		Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório	FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO (GRAVE)			
Tipo de operação				
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 - visceras

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

*Eison José S. Miranda
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RN 6301 - EOT 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 medico 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 cominuição de côndilo lateral da tibia.

Ao exame fisico 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 Menézia P.S. Vieira Jales

Sofia Menézia P.S. Vieira Jales
Fisioterapeuta
CREFITO 106399-F



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ROBÔTICO	002.317.246	05/05/2015
MARA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA		
ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA MARIA ZELIA PEREIRA DE OLIVEIRA		
RNATL - RN	19/08/1987	
CERT. DE NASCIMENTO L-APP F-205 RG-5671 VARZEA DA CARRETA DE ÚNICO CARTÓRIO		
065.208.344-75		
Residência: Rua das Flores, 05 N.º 1100, 2a. Vila Cidade: Rio Grande - RN		
LEI N° 7.118 DE 25/08/90		

PROTOCOLO
RECEBIDO
07 MAI [01]
TERRA DO SOL ADM.
E CARRETA DE SEGS.

SEGURADO DIRECIONARIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DIYAT

RN-NP 013971716554 BILHETE DE SEGURO DPVAT

10

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

www.seguradoraliden.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

RECEBIDO

07 MAI '93

APPENDIX - DATA SOURCES

23/11/2019 17/03/2019

卷之三

ORG 163

• 346 •

卷之三

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

卷之三

SEARCHED SERIALIZED

PRÊMIO TARIFÁRIO

34

卷之三

卷之三

卷之三

300

10. The following table shows the number of hours worked by each employee.

卷之三

10. The following table shows the number of hours worked by 1000 employees in a company.

卷之三

卷之三

10. The following table shows the number of hours worked by 1000 workers in a certain industry.

SEGURADORA LÍDER - DEPAT

CHINA INTELLIGENCE REPORT

Eu, Ana Cristina Pereira de Oliveira, Partidaria do CPF 065.208.344-45, residente na cidade de Natal / RN tenho solicitar a Seguradora Lider o reajuste do meu sinistro de número 3190340426, 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 resolução 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 Reis de Oliveira, brasileiro(a), estado civil Solteira, profissão portador(a) do Rg. n° 00.031.724-9 - SSP/RN e CPF de n°: 065.202.311-45, residente e domiciliado na Rua Grão Pará, nº 94, Bairro Planalto - Município de Natal / RN, CEP: 59013-028, com telefone para contato: (24) 99601-0390

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 Pinto Dillus, 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 DFVAT, 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 Novembro de 2019

Ana Cristina Rose Oliveira
CPF nº: 065.008-341-75

Outorgante

Obs: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.



28 Oficio de Negocios

Rebonheco a firma de ANA CRISTINA

Ofício de Notas - 001-2020-URG-0001 - CDR/SP/2020-001 - 0001 - 00
Assunto: Encaminhamento de Ofício de Nota

2º Ofício de Notas
Av. Presidente Vargas, 1120 - Urca - Rio de Janeiro - RJ - CEP 22290-000
Fone/Fax: (21) 505-2020 - E-mail: 2oficio@uol.com.br

28 Oficio de Notas

Georgian National Library - 2020-01
Digitized by Google

- FÍSICA DO ANO CRISTINA PEREIRA DE MELHORA

a firma de ANA CRISTINA FERREIRA DE OLIVEIRA
licitada do que deu fe.

Ban

Em 29/04/2019.

Em testemunho _____ a vossa

[Signature]

Cícera Pereira Barbalho - Esc. Autorizada

Ciòrs Maria de Almargüé
Esc. Autorizada

RECEBIDO EM 07 MAI 2011
R-CEG100
07 MAI 2011
TERRA DO SOL ADM.
C. S. RETORNA DE SUAS

07 MAY 2023

THIS IS A DO NOT ADMIT

DO SOL ALTO
REFORÇA AS SÉRIES

**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?

[**X**] Sim [] Não

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

A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE 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)?

[**X**] 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):

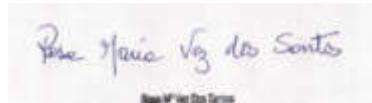
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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
Rosa M. Vaz Dos Santos
RN - RN - CRM: 2109

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:

Nome completo da vítima:

065.208.344-75 ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA 349-75

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

Nome completo:

ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA

Profissão:

RECUSO

Endereço:

SÃO FRANCISCO

Bairro:

PLANALTO

Cidade:

NATAL

Estado:

RN

E-mail:

CPF:

065.208.344-75

Número:

94

Complemento:

CEP:

59073-228

Tel.(DDD):

(84) 98779-0612

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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 OPCIÃO 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

41

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a credor 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 AUSENCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 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 (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 companheiros, informar o nome completo:

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

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome: 07/05/19

CPF: 779.400-0000-0000

TRABALDO SOL. ADM.

RETORNO DE SEGURO

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, 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 ATÉ A DATA DE: 30/04/2019
DISPONIVEL: 0,00
DEBITO A CONFIRMAR: 0,00
CREDITO A CONFIRMAR: 0,00
BLOQUEADO: 0,00
TOTAL: 0,00
LIMITE CHEQUE ESPECIAL: 0,00+

Informações importantes no verso.

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



Boletim de Acidente de Trânsito

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PRF

PROTÓCOLO: Nº 18067019801



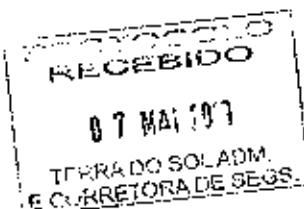
Maioros dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



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.



Documento assinado eletronicamente por JUSSIEIR, 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 12 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18067019801 e o número de controle 0CECC65788DC8C8C284E1CA0AE11CD.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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

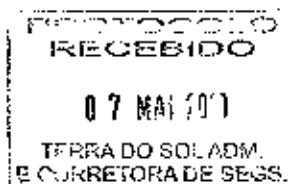
ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condicão 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 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, pára sobre a pista. Nesse instante, o veículo V1, que seguia o fluxo, logo atrás de V2, não tendo manido 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 9 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/novabt/autenticar>, informando o protocolo 18067019B01 e o número de controle DCECC55788DC8C8C281E1CADA11CD.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 18067019B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE

18-204
Km
261,0

Local desfeito



QUEIJERA EXISTENTE

RACHUELO

SANTA MARIA

AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	
2	Tombamento	

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

Especie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Vermelha

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



Documento assinado eletronicamente por: JUSSER, 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 desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoservicos/validar>, informando o protocolo 18067019B01 e o número de controle 0CEC35788DCBCBC294E1CMAE11CD.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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 identificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro		X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X		
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		
4	Coluna de direção		X		
5	Chassi		X		
6	Garfo traseiro		X		
7	Eixo traseiro (triciclos)		X		

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



Assinatura
eletrônica

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. 1º 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 FCECC55788DCBCBC284E1CAUAE11CD.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 18067019B01

V1 - Proprietário

Nome: JOSE JOAZEMAR DUARTE

CPF/CNPJ: 011.240.024-80

Email:

Telefone:

Endereço: R SANTA HELENA, 811, NATAL-RN

V1C - CONDUTOR DE V1 - JOSE JOZEMAR DUARTE

V1C - Informações

Nome: JOSE JOZEMAR DUARTE

Data de Nascimento: 22/06/1981

CPF: 011.240.024-80

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava capacete: Sim

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB

Primeira habilitação: 26/01/2009

Nº Registro: 04556097694

UF: RN

Vencimento da habilitação: 04/06/2023

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 99

V1C - Alterações da Capacidade Motoria

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Resultado obtido: 0,0 mg/l

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

Data de Nascimento: 19/08/1987

CPF: 065.208.344-75

Estado civil:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Graves

Usava capacete: Sim

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: MIRASSOL, 381, PLANALTO, NATAL-RN

Telefone: 008432341323

Email:



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 30/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º 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 51-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pif.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18067019B01 e o número de controle 0CEC55788DC8CBC284E1CA0AE11CD.



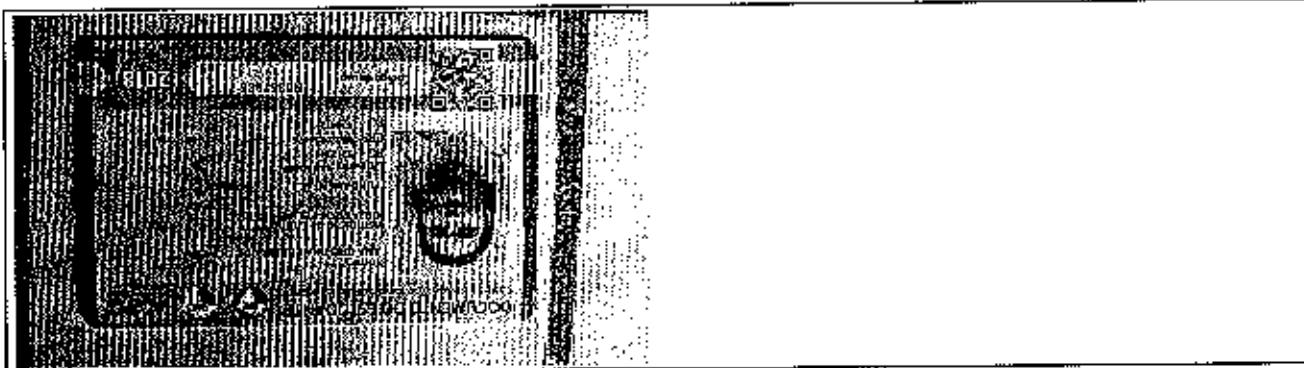


MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 18067019B01

V1P1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



V2 - VEÍCULO 2 - QGI0264 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: QGI0264 Marca/modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI

Renavam: 01121697078

Ano fabricação: 2017 Chassi: 9C2KC2200HR044878

Tipo de veículo: Motocicleta

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Preta

Manobra no momento do acidente: Saindo da via



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/nova/plataforma/autenticar>, informando o protocolo 18067019B01 e o número de controle: 0CECC55788DC8CBC284E1CA0AE11CD.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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
1	Garfo dianteiro	Sim	X
2	Mesa superior da suspensão dianteira	Não	X
3	Mesa inferior da suspensão dianteira	Não	X
4	Coluna de direção	Não	X
5	Chassi	Não	X
6	Garfo traseiro	Não	X
7	Eixo traseiro (triciclos)	Não	X

Dano de Monta: Pequena

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

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/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18067019B01 e o número da central DCECC55788DC9CBC284E1CA0AE11CD.

191



**MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL**



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 18067019B01

V2 - Proprietário

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

CPF/CNPJ: 595.268.744-04

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 Nasclimento: 06/09/1993
Estado civil: Solteiro(a)
Estado físcico: Ileso

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB Primeira habilitação: 06/02/2015 Nº Registro: 06296874427
UF: RN Vencimento da habilitação: 18/08/2019 Motorista profissional: Não
Observações CNH: 15

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:



Acessos e
eletrônica

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 N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 1º do Decreto N° 6.539, de 8 de outubro de 2016 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novohal/autenticar>, informando o protocolo 18067019001 e o número de controle 0CECC6578BD8CBC284E1CA0AE1CD.

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 da ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	065.208.344-75	AUA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA 344-75		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: <i>AUA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA</i>				
Profissão: <i>ACUSO</i>	Endereço: <i>São Francisco</i>	Número: <i>94</i>	Complemento: <i></i>	CPF: <i>065.208.344-75</i>
Bairro: <i>PLANALTO</i>	Cidade: <i>NATAL</i>	Estado: <i>RN</i>	CEP: <i>59073-228</i>	Tel. (DDD): <i>(88) 9.8779-0612</i>
E-mail: <i></i>				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:
 REUSO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: *CAIXA ECONÔMICA*
 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSENCIA 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 6.194/71, 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 (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

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

Endereço digital da vítima ou beneficiário: *ana.cristina.pereira@outlook.com.br*

Local e Data: *NATAL 05/05/19*

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Ana Cristina Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: *87 Mai 1971*
 CPF: *11.111.111-11*
 TITULAR DO SOL. ADM.
 TITULAR DA SEGURO
 DE ARRENDATÁRIO DE SEGUROS

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 RODO, 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
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL**



**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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 vitimas, 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 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, 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.

RECEBIDO
07 MAR 2001
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGU.



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 MP 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b 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/novobrasilautenticar>, informando o protocolo 18067019801 e o número de controle 0C ECC55788DC8C8C2B4E1CADA11CD.

191

