



Número: **0815179-43.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **30/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA (AUTOR)	GEONARA ARAUJO DE LIMA (ADVOGADO) SUELY FERNANDES RIBEIRO DE SOUSA (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58648 227	13/08/2020 15:27	<a href="#"><u>2742199_CONTESTACAO_Anexo_03</u></a>	Outros documentos

# 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



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 13/08/2020 15:27:26  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081315272642600000056308058>  
Número do documento: 20081315272642600000056308058

Num. 58648227 - Pág. 1

# 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



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 13/08/2020 15:27:26  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081315272642600000056308058>  
Número do documento: 20081315272642600000056308058

Num. 58648227 - Pág. 2

## 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## 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 OSTEOSÍNTESE 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, 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
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através 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: 4020-3596 / Outras regiões: 0800-022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 12 09 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidoria: 0800 021 91 35

Eu, José Joazemar Duarte,

RG nº 36.294.43, data de expedição 03/04/2019

Órgão I TEP - RJ, 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<sup>o</sup>,

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  
José Joazemar Duarte.

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

Placa: 0 AG 8169 Chassi: 9CJ1K1680ER 443330

Data do Acidente: 24/11/2018

PROTOCOLO  
RECEBIDO

15 MAI 2019

TERRA DO SOLADM.  
CORRETORA DE SEGS.

5º Ofício  
de Natal/RN

Local e Data: 14/05/2019

José Joazemar Duarte

Assinatura do Declarante

José Joazemar 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, 750 - Centro - CEP 59010-000 - Natal - RN  
Fone/Fax: (83) 3239-9212/13/14/15 - WhatsApp: (83) 98810-5444

Reconheço por autenticidade a firma de:

JOSE JOAZEMAR DUARTE

Selo: (A1P00064042)

Natal, 14 de Maio de 2019 às 26

Em testemunho

CFICIAL / SUBSTITUTO(O) / ESCREVENTE

Prot. n.: 155780NA54606475

Valido somente com selo de Autenticidade

Daniel Henrique de P. e Silva

Escrevente

da verdade.



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

899

*TEX SUS ?*

*Natal - Rio Grande do Norte - 39*

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA** N° *39*

NOME: *Jane Cristina Ribeiro de Oliveira*  
IDADE: *31* COR: *1918167* SEXO: *F* ESTADO CIVIL: *Casada*

NATURALIDADE: *? Cachorro* PROFISSÃO: *Gastronomista* PROCEDÊNCIA: *Santuário*  
ENDERECO: *Rua = São Francisco n° 94 Planalto* BAIRRO: *Planalto*  
CIDADE: *NATAL* DATA: *25/11/2018* HORA: *8:10*

**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 *14* *01h*

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) *Paciente bateu na cabeça ao cair de cima de um poste. Estava com失去 consciousness. Rolação da consciência, desorientação em fases. Na hora de acordar permaneceu consciente, mas com perda de memória.*

EXAME FÍSICO

A - Vias Aéreas Permanecem abertas e livres de obstruções *Abertura plena*  
B - Exame da respiração *regular*  
C - Hemossedimentação elevada *40 mm/h*  
D - ECG e US  
E - Escorregamento joelhos. *4-5 cm*

**RECEBIDO**  
*07 MAI 2017*  
*TERRA DO SOL ADM.  
E COLABORADORA DE SEUS*

**SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS**

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
A						

**DIAGNÓSTICO INICIAL** *Fratura -*

*10 de junho de 2017  
G. Palmeira*





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

2-CNES

1-ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3-ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4-CNES

3515168

Identificação do Paciente

5-PACIENTE

ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA

6-NÚMERO DO PRONTUÁRIO

162342 163342

7-CARTÃO NACIONAL SUS

204 2764 1297 0006

8-DATA DE NASCIMENTO

19/08/1987

9-SEXO

FEMININO

10-RACA/COR

PARDA

11-NOME DA MÃE

MARIA ZELIA PEREIRA DE OLIVEIRA

12-TELEFONE DE CONTATO

988161630

13-NOME DO RESPONSÁVEL

MARIA ALICE

14-TELEFONE DE CONTATO

15-ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA SÃO FRANCISCO, 94-A

17-BAIRRO

PLANALTO

18-UF

RN

19-CEP

59073228

16-MUNICÍPIO

NATAL

Justificativa de Internação

20-PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Relato de Acidente de trânsito de Maria Alice F. de Oliveira*

21-CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

*Ao Ambulatório*

22-PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS

*Exames e exame físico*

23-DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

24-CID 10 PRINCIPAL

25-CID 10 SECUND.

26-CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27-DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

*Atendimento*

28-CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

*00960567629*

29-CIN/CAE

30-CARÁTER DA INTERNACAO

31-DOCUMENTO

32-Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33-NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34-DATA DA SOLICITAÇÃO

( ) CNS ( ) CPF

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

*CRM 7050-2011-107*

36-CNPJ DA SEGURADORA

40-Nº DO BIREME

41-SÉRIE

37-( ) AC. TRÂNSITO

42-CNPJ DA EMPRESA

44-CBOR

38-( ) AC. TRABALHO TÍPICO

39-( ) AC. TRABALHO TRAJETO

43-CHNE DA EMPRESA

45-VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46-NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47-COD. ORGÃO EMISOR

52-Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

48-DOCUMENTO

49-Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50-DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

*CONFERIDO COM ORIGINAL  
Maria Alice F. de Oliveira  
5/08/2020  
5º Serviço de Psiquiatria  
Dr. Paula*

**EXAMES COMPLEMENTARES**

- TC se caudado e cervical
- RX TORAX PA, NOVO HORN SEPA H. DEODORIO MARQUES DE LUCENA
- RX jocinto à PA e porta TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: cérebro + cervicalDATA: 05/11/18 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) Exames: Sono - d. am + 08 na noite em 13/10

3) Técnica em Zay - d. sp + 18 na noite de 13/10

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

4) Fc se caudado e cervical

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

Internado p/ Ortopedia

Liberação de Cerv. Caud

Hospital São José 100g - 100el g/for

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 _____
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"/>
MEDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





Hospital

Nome do paciente		ANA CRISTINA P. DE OLIVEIRA		Nº prontuário
Data operação	Enf.	Leito		
Operador	29/11/2018	1º auxiliar		
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador		
Anestesiista	DR. ELSÔN JOSÉ	Tipo de anestesia DR. MARCELO NOBREGA		
Diagnóstico pré-operatório				
Tipo de operação <b>FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO (GRAVE)</b>				
Diagnóstico pós operatório				
Relatório imediato do patologista <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO</b>				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

**DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO**

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. COLOCACAO 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. C.R.O.
10. RX DE CONTROLE

Elson José S. Miranda  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 6301 - NEOT 13B  
096021-0

JUNTO AO ORIGINAL

de falso

Servidor

b7b/Padre



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

total no verso as complicações pre-operatórias, operatórias e pós-operatórias



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 13/08/2020 15:27:26  
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081315272642600000056308058>  
Número do documento: 20081315272642600000056308058

Num. 58648227 - Pág. 12



Hospital

Nome do paciente <b>ANA CRISTINA P. DE OLIVEIRA</b>		Nº prontuário
Data operação Operador 2º auxiliar Anestesista Diagnóstico pré-operatório	Enf. 1º auxiliar 3º auxiliar DR. ELSO JOSÉ	Leito Instrumentador DR. MARCELO NOBREGA
Tipo de operação <b>FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO (GRAVE)</b>		
Diagnóstico pós operatório		
Relatório imediato do patologista <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO</b>		
Exame radiológico no ato		
Acidente durante a operação		

**DESCRÍÇÃO 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. C.R.O.
10. RX DE CONTROLE

Elson José S. Miranda  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 6301 - FOT 13867



**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 cominuição de côndilo 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.

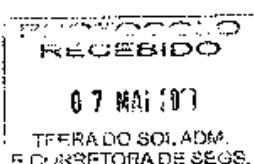
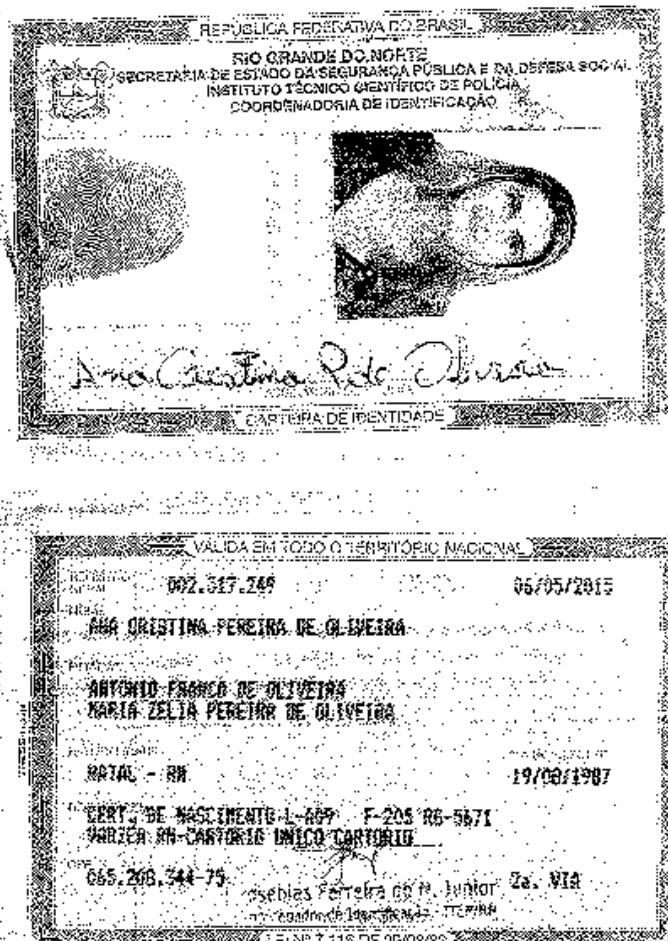
Contudo, paciente apresenta limitação funcional de 90° na flexão do joelho direito, sendo necessário manter o tratamento fisioterapêutico.

Estamos à disposição para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos.

Natal, 03 de maio de 2019.

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





Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 13/08/2020 15:27:26  
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081315272642600000056308058>  
Número do documento: 20081315272642600000056308058

Num. 58648227 - Pág. 15

**SEGURO DIFUSOR AUTOMOTIVO DE DANOS PESSOAIS LAUCADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**

RN Nº 013971716554 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

RECORDE  
RECEBIDO

07 MAI 19

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGUROS

EXPIRAÇÃO DATA EMISSÃO

2018 18/09/2018

PLACA

DR18109

MARCA / MODELO

HONDA / CRV 4P FAN ESDI

Nº CHASSI

9GKC16S0ER41110

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

VALOR:

SEGURANÇA

VALOR DO SEGURO (R\$)

VALOR DO BILHETE (R\$)

0,00

VALOR DA COBRIMENTA

PERÍODO

DATA DE VALIDAÇÃO

SEGURADA

PARCELADO

**SEGURADORA LIDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.810/0001-04



Eu, Ana Cristina Pereira de Oliveira, Partidaria do CPF 065.208.344-75, residente na cidade de Natal/RN tenho solicitado a Seguradora Lider o reajuste do meu resístido de número 3190330436, 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 reanálise do meu resístido 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 sótero, profissão portador(a) do RG, nº 00.031.424.9 - SSP/RN e CPF de nº: 065.002.344.75, residente e domiciliado na Rua João Francisco, nº 94, Bairro Planalto - Município de Natal /RN, CEP: 59013-028, com telefone para contato: (84) 9 9361-0390

**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 Novembro de 2019.

Ana Cristina Pereira de Oliveira  
CPF nº: 065.002.344.75

Outorgante

**Obs:** Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.



2º Ofício de Notas

Av. Presidente Vargas, 110 - Centro - CEP 59010-000 - Natal - RN  
Fone: (84) 3222-2222 - E-mail: [oficio@tjrn.jus.br](mailto:oficio@tjrn.jus.br)

Reconheço a firma de ANA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA  
por autenticidade do que dou fé.

Em 29/04/2019,

Em testemunho \_\_\_\_\_ da verdade,

Maria Cícera Pereira Barbalho - Esc. Autorizada

Foto: Maria de Almeida  
Esc. Autorizada

07 MAI 2019  
TERRA DO SOL ADM.  
CORRETORA DE SEGUROS



**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 30°-90°.**

**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 sequelas (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):

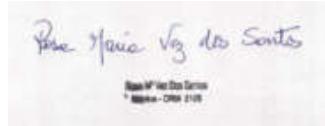
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

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 - 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: <i>Ana CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA 344-75</i>		
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PAÍXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO)</b> - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: <i>Ana CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA</i>		CPF: <i>065.208.344-75</i>		
Profissão: <i>RECUSO</i>	Endereço: <i>SÃO FRANCISCO</i>	Número: <i>94</i>	Complemento:	
Bairro: <i>PLANALTO</i>	Cidade: <i>NATAL</i>	Estado: <i>RN</i>	CEP: <i>59043-228</i>	TEL (DDD): <i>(84) 3877-9-0612</i>
E-mail:				

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 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: *9983 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 da 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 atende 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 (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Vítimo 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?

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 obrigatoriedade de resarcimento ao segurado, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

**RECEBIDO**

Impressão:  
 Dígito da  
 vítima (ex-  
 beneficiário)  
 Nôo/aboforino  
 Local e Data: *NATAL 05/05/19*  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**  
 1º | Nome: *B7 Mai 17*  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 TERRA DO SOL ADM.  
 F. AGENTIA DE SEGUROS  
 Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

*Dr. Leandro Coelho*  
 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.**

FPS.001 V001/2018



----- 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 .....  
DEBITO A CONFIRMAR .....  
CREDITO A CONFIRMAR .....  
BLOQUEADO .....  
TOTAL .....  
LIMITE CHEQUE ESPECIAL: -6,00+

Informações importantes no verso.

www.bancod24horas.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 lampadas.





# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: N° 28067019 B01



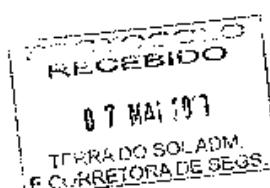
Maiores dúvidas acesse: [www.prf.gov.br/portal](http://www.prf.gov.br/portal)



**Para cópia do seu Boletim acesse o site:** [www.prf.gov.br/novobal](http://www.prf.gov.br/novobal) /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](http://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 JUSSICAR, matrícula 1373205, Pócial Rodoviário Federal, em 30/01/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N.º 2.202-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N.º 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N.º 61-GG, de 12 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/nova8at/autenticar>, informando o número de protocolo.

191



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 13/08/2020 15:27:26  
<https://pjefg.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008131527264260000056308058>  
Número do documento: 2008131527264260000056308058

Núm. 58648227 - Pág. 23



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

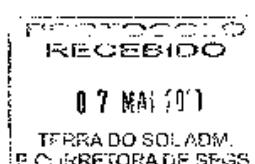
## ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condilção da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condilção 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 acidente, 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 quejeira 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.



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-GC, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobrasil/validar>, informando o protocolo 18067019B01 e o número de controle 0CECC55788DC8C8C2B4E1CADAE19CD.

191





MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 18067019B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local desfeito



QUEIJERA EXISTENTE



RIOACHUELO

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 Orgão	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: Passageiro Categoria: Particular Cor: Vermelha  
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento



Documento assinado eletronicamente por: JUSSERÉR, 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 6.539, 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/novoatualizar>, informando o protocolo 18067019B01 e o número de controle 0CECC55788UCBCBC284E1CAAE11CD.

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	Deturpado 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 (triciclos)		X			

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Polícia Rodoviária Federal, em 25/11/2018, 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/authenticar>, informando o protocolo 18067019B01 e o número de controle KCECC557880C8C8284E1CA0AE11CD.

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

Pré-missão 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

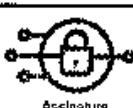
Usava capacete: Sim

**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 5.539, de 8 de outubro de 2005 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 0CECC65780DC8CBC284E1CA0AE11CD.

191





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  
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



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. 5º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no 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.prt.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 18067019B01 e o número de controle 0CECC65788DC8CBC284E1CA0AE11CD.

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

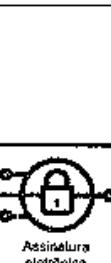
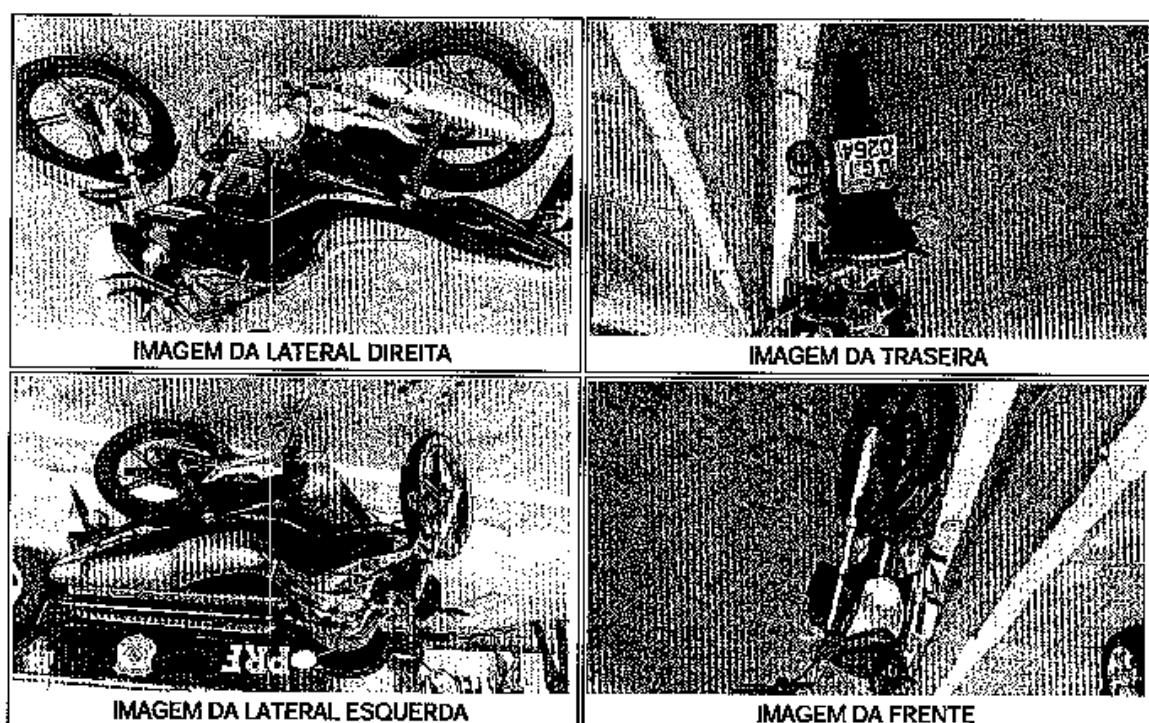
Matrícula do Agente: 1373285

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



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. 6º do Decreto N° 8.530, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/hoveba/authenticar>, informando o protocolo 18067019B01 e o número de controle DCECC55798DC8CBC284E1CA0AE11CD.

191





MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO 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: Bleso

**V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor**

Categoria: AB      Primeira habilitação: 06/02/2015      N° 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      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

**V2C - Dados do Contato**

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



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 20/11/2018, 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. 1º do Decreto Nº 6.539, 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 desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobairrauleclar>, informando o protocolo 18067019B01 e o número de controle 0CECCB5788DC8CBC284E1CA0AE1CD.

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:	Nome completo da vítima: <b>AUA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA 349-25</b>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: <b>AUA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA</b>		CPF: <b>065.208.344-25</b>	Número: <b>94</b>	Completoamento:
Profissão: <b>ACUSO</b>	Endereço: <b>SÃO FRANCISCO</b>	Estado: <b>RN</b>	CEP: <b>59043-228</b>	Tel.(DDD): <b>(84) 98777-0612</b>
Bairro: <b>PLANALTO</b>	Cidade: <b>NATAL</b>			
E-mail:				

DADOS CADASTRAIS

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

## RENDIMENTO:

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

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)Nome do BANCO: **CAIXA ECONÔMICA**

AGÊNCIA: **0034** CONTA: **9983** Dígito: **41**  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0034** CONTA: **9983** Dígito: **41**  
 (Informar o dígito se existir) (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 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 **assinei/lei uma das opções:**

- Não há IML que atende 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 discorda 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.**

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não necessária) Local e Data: **NATAL 05/05/19**  
 Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome: **07 MAI 1971**  
 CPF: **779.040-0000-0000-0000-0000**  
**PPRADO SOLADIM**  
**SECRETARIA DE SEGS**  
 Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura

<sup>(\*)</sup> Assinatura de quem assina o RODO  
**Ana Cristina Pereira de Oliveira**

**Andréia Soareze (cônjuge)**

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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.

FPS.001 V001/2018





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

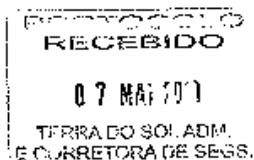
Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condicionamento da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condicão meteorológica: Sol	Fase do dia: Pleno dia

## 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 ocorrido, 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.



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. 4º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no anexo II da Instrução nº 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/novobalauautenticar>, informando o protocolo 18067019B01 e o número de controle 0CECC55708DC8CBC2B4E1CA0AE11CD.

191



