

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: 09/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JESSICA MILIANA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000067664-8

Nr. da Autenticação 2F4F60C5D07E413D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200226998 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JESSICA MILIANA DE ARAUJO **Data do acidente:** 06/03/2020 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MÃO ESQUERDA COM FRATURA DO 1º METACARPO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA
PÁG 1

Sequelas permanentes: REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DO POLEGAR-METACARPO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO POLEGAR-METACARPO DA MÃO ESQUERDA

**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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Jessica Miliana De Araujo

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

5 - Nome completo: Jessica Miliana De Araujo 6 - CPF: 403.092.219-43
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Frei Camião 9 - Número: 97 10 - Complemento: 1021
11 - Bairro: Belo Horizonte 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59604-28
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (84) 9931-7083

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 00067664 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do Segurado, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascer ou nasceu? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34
Impressão digital da vítima ou beneficiário não substituído

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró RN 28/05/2020

X. Jéssica Miliana de Araujo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 701.092.214-43 4 - Nome completo da vítima: Jessica Miliana de Araújo

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

5 - Nome completo: Jessica Miliana de Araújo 6 - CPF: 701.092.214-43
7 - Profissão: autônoma 8 - Endereço: Frei Damiano 9 - Número: 97 10 - Complemento:
11 - Bairro: Belo Horizonte 12 - Cidade: murosno 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59604-428
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 999222073

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: _____

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 67664 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, murosno, 09/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRÁFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO
Nº 0301620

1 - LOCAL DO ACIDENTE

Local:	Av. Rio Branco	Bairro:	12 Anos
P. Ref.	Republic	Data:	06/03/2020

2 - VEÍCULO: V-02

Placa	NNL-5E08	Cidade	Mossoró	UF	RN
Marca/Mod.	HONDA/BIZ 125 KS	Ano	2008/2008		
Proprietário	NAYARA RAQUEL LIMA PEREIRA	Nº de Ocupantes	02		
Condutor	NAYARA RAQUEL LIMA PEREIRA	Data de nasc.	13/01/1998		
Endereço	RUA DOM ELDER CÂMARA	Nº	06	Fone	(84) 98854-4034
Bairro	BELO HORIZONTE	Cidade	MOSSORÓ	UF	RN
CPF nº	707.157.464-21	CNH	*****	Categoria	*****
Local de Trabalho	Inter Brasil Prestadora de Serviços	Validade	*****		*****

3 - VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	Av. Rio Branco		
Em que sentido?	Centro / Belo Horizonte	Em que faixa?	DIREITA

Versão do condutor:

"Alega que: Transitava na rua citada, com uma passageira de nome JÉSSICA MILIANA DE ARAÚJO, quando o veículo V-1 não respeitou a placa de PARE, vindo a colidir comigo. Com o impacto fiquei com vários hematomas, e desloquei a clavícula, fui conduzida para o HRTM por uma ambulância dos Bombeiros. Foi apresentado pela condutora do V-2 Certidão de ocorrência dos Bombeiros Nº 008/2020, e Boletim de Atendimento Médico do HRTM Nº 4841/2020.

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral do Código Penal Brasileiro".

Assinatura do Condutor/ declarante *Nayara Raquel Lima Pereira*

Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 10/03/2020, na Sede do 2º DPRE.

Nome do Agente que registrou as informações *Deivid Neimar Siqueira de Oliveira*

Posto/Graduação	3º Sgt PM	Matrícula	164.192-1	Viatura	****	Unidade	2º DPRE
-----------------	-----------	-----------	-----------	---------	------	---------	---------

3304 PM Deivid Neimar S. Oliveira
Matrícula: 164.192-1

Responsável Pelo Setor de Tráfego do 2º DPRE.





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 0301620

1 - LOCALE DATA

Local AV. mo branco Bairro 12 anos
Cidade/UF Massaró P. Ref. Republic
Data 06/03/2020 Hora do acidente 17:10 Hora do registro 17:46 Dia da semana Sexta-Feira

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☒ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s)

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi KKR106T Cidade Massaró UF RN
Marca/Mod. VW/Polo 1.6 Cor Preta Ano 2005/2006
Proprietário Ten. Martins de Oliveira Nº de Ocupantes 02
Condutor o mesmo Data de Nasc. 07/07/1996
Endereço Rua Frei Miguelinho Nº 810 Fone 99424793
Bairro 12 anos Cidade Massaró UF RN
CPF Nº 103717134-98 CNH Nº 07051056857 Validade 21/03/2023 Categoria AB
Local de Trabalho Hiper Gabelema Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro Bom Jesus Cidade Massaró

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi NNL5E08 Cidade Massaró UF RN
Marca/Mod. Honda Biz 125 Ks Cor Preta Ano 2002/2008
Proprietário Nayana Raquel Lima Pereira Nº de Ocupantes 02
Condutor o mesmo Data de Nasc. 13/03/1998
Endereço Rua Bon Elden Comarço Nº 06 Fone 88544034
Bairro Rio Comprido Cidade Massaró UF RN
CPF Nº 707157464-21 CNH Nº NÃO POSSUI Validade - / - / - Categoria -
Local de Trabalho Favela Alvaro Mesq Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? Rua Lopes Travassos

Em que sentido? centro/ Boqueiros

Em que faixa? direita

Versão do condutor transitava no sentido acima citado ao
cruzar a av. Rio Branco escurou uma passagem do
seu lado direito no veículo.

Assinatura do Condutor do V1 [assinatura]

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V2 _____

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4 _____

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input checked="" type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input checked="" type="checkbox"/> Placa(s) <u>PARE</u>
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input checked="" type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input checked="" type="checkbox"/> <u>PLACA PROIBIDO ESTA</u>
			<input type="checkbox"/> Retorno		<input type="checkbox"/> <u>CLONAR</u>
			<input type="checkbox"/> Entroncamento		
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

RUA 12 ANOS
RUA LOPES TROVÃO

ARVORE

VESTIGIOS

SEMÁFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

CARRETA

PRACA DE ESPORTES

PRACA DOS PATINS

RUA LOPES TROVÃO

CENTRO

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 PORTAS LATERAIS
DIREITA, VIDROS DAS PORTAS,



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2 PARABRISCO
ESQUERDA, ARRANHÕES NA CAR-
NAGEM LATERAL ESQUERDA



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciar: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Nome _____
 RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / ____ / ____
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciar: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Nome _____
 RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / ____ / ____
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciar: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Nome _____
 RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / ____ / ____
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciar: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Nome _____
 RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / ____ / ____
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
 Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome _____ RG N° _____ Órgão Exp. _____
 Endereço _____ N° _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☒ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☒ NÃO AUT N° _____ Cód/Desd _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

Após chegar ao local do acidente V3 não estava no ponto de impacto de V2, não foi possível colher a história de V2 pois os condutores e passageiros não estavam em condições no momento do qual ocorreu o acidente. Foi feito auto de infração por V2 dentro a mesma via, porém CNH, a moto da mesma foi entregue a seus familiares que estavam no local do acidente. A-18 135196

Nome Completo do Agente HUDSON NEIMAR SILVA DE OLIVEIRA
 POSTO/GRAD.: 3º SGT PM N° 00.266 Viatura VTR PROMOT. Subunidade: 2ª DPRE
 Local e Data Mossoró 08 de março de 2020
 Assinatura do Agente de Trânsito



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 4843 /2020

Admissão: 06/03/2020 17:55:09

OK

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 58566 - JESSICA MILIANA DE ARAÚJO (23 a 1 d)

Nascimento: 05/03/1997

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: SAMU

Pai:

Logradouro: FREI DAMIAO, 97

CEP: 59604428

Bairro: BELO HORIZONTE

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.96518425

Compl: (LOT. CARNAUBAL)

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: gestante no 6º mes com escorção em mão direita e dor em membro inferior esquerdo

Classificação:

PESO:

06/03/2020 17:52:25

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	110 / 60		99		0				

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO APP → nega alergia

Queixas: paciente conduzido pelo samu colisão carro e moto

Dt e Hora: 06/03/2020, última de acidente automobilístico, colisão (carro x moto), em uso de capacete, refere dor em região de epigastrio de cerca - E, nega náuseas, vômitos ou perda de consciência; Per um estômago granuloso, IG-23A, refere ainda dor em barriga - ventre após acidente;

A - Vias aéreas - permeáveis, sem rouquidão;

B - pulmões, MVQ, EM AHT, SRA, SatO2 - 96%;

C - hemodinamicamente, estável, FC - 115 bpm, abd - indolor a palpação sup/inf. sem sinais de sangramento aparente;

D - ECG - 15 P/5FR;

E - Ausculta indolor a compressão abdominal, refere dor em cerca - E, apresentando leve saturação de membro; sem emurramento - ruído; relato dor em região

Diagn. Inicial: fratura de 1º quadrante - E.

Assin:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORARIO ASSINT.

Soluto analgésico da ortopedia

Nega alergia

1) Dipirona 750 mg IV de 4 em 4

19:53 MA

Dr. Nayara G. Souza
Ouro e prata
CRM 805

Estável, cor-de-rosa, eufórico

Temp. 36,5°C, freq. 115 bpm, pressão de 134/80 mmHg.

Assin: 21:55

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID/PROC)

CID Proc.

Data: / /20. Hr: :

Médico:

*Gerado via SX por SONIA MARIA DA SILVA

Impresso em 06 de Março de 2020
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 10/03/2020

Assin: Dr. Nayara G. Souza
Ouro e prata
CRM 805
UROLOGISTA
CRM 805

SAME / ARQUIVO



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - NOME DA MÃE

8 - NOME DO RESPONSÁVEL

9 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

10 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

11 - DATA DE NASCIMENTO

12 - SEXO

Masc. ☐

Fem. ☐

13 - RAÇA/COR

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

15 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

16 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

Vítima de trauma com dor em
bexiga de pelvis (E).

20 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de fixação cirúrgica

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

RX + exame físico

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura

auto corpo

23 - CID 10 PRINCIPAL

S62.3

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura de auto corpo

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/03/2020

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408 020539

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNPJ EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

44 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Jéssica Miliana de Araújo

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 063.281.387

DATA DE EMISSÃO 25/05/2015

JÉSSICA MILIANA DE ARAÚJO

VINÍLSON DEZEIRA DE ARAÚJO

ELIANA DE SOUZA ARAÚJO

MOBILIDADE 03/11/1996

DOC. ORIGIN. CERT. DE NASCIMENTO L-115 F-237 DE-87000

MOBILIDADE DE-4 CARTÃO 706.072.214-43

VIA

Teixeira do Nascimento Sousa Almeida

ASSISTENTE DE IDENTIFICAÇÃO - ITA/AN

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - RN Nº 015157846430
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 00989890570 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2020

NOME

NAYARA RAQUEL LIMA PEREIRA

CPF / CNPJ

707.157.464-21

PLACA

NNL5E08

PLACA ANT. / UF

NNL5408/RN

CHASSI

9C2JA04108R063766

ESPÉCIE TIPO

PASSAGEIRO/MOTONETA/NAO APLI

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/BIZ 125 KS

ANO FAB.

2008

ANO MOD.

2008

CAP. / POT. / CIL.

0CV/124 CILINDRADAS

CATEGORIA

PARTICULAR

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

I	R\$ 0.00	13/05/2020	1º	ISENTO
P	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2º	ISENTO
V	002005	3X R\$ *****	3º	ISENTO
A				

PRÊMIO TAFSEÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DEPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: 9C2JA04108R063766

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

PARA TRANSFERENCIA

MOTOR: 9C2JA04108R063766

DATA

11/05/2020

DETRAN-RN

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175600/20

Vítima: JESSICA MILIANA DE ARAUJO

CPF: 701.092.214-43

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/03/2020

Titular do CPF: JESSICA MILIANA DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JESSICA MILIANA DE ARAUJO : 701.092.214-43

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/06/2020
Nome: JESSICA MILIANA DE ARAUJO
CPF: 701.092.214-43

JESSICA MILIANA DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2020
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jessica Miliana De Araujo, brasileiro(a),
estado civil: Solteira, Profissão: Recruza, Data do Acidente 06/03
Cobertura invalidez, portador(a) do RG 003.281.387, órgão expedidor
ITER e do CPF: 703.092.214-43 residente no(a)
Fru Damiano nº 94,
bairro: Belo Horizonte, município: Mossoró / RN.

OUTORGADO:

Nome: Alysson Wende de Oliveira, brasileiro(a)
estado civil: casado Profissão: Recruza, portador(a) do RG
003.461.882, órgão expedidor ITER e do CPF: 963.544.044-53 residente
no(a) Sebastião Maji nº 10,
bairro: Nova Zelândia, município: Mossoró / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Mossoró - RN 28-05-2020
Local e Data

Jessica Miliana de Araujo
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158612/20

Vítima: JESSICA MILIANA DE ARAUJO

CPF: 701.092.214-43

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/03/2020

Titular do CPF: JESSICA MILIANA DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALYSSON WENDER DE OLIVEIRA : 968.574.044-53

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JESSICA MILIANA DE ARAUJO : 701.092.214-43

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/06/2020
Nome: ALYSSON WENDER DE OLIVEIRA
CPF: 968.574.044-53

ALYSSON WENDER DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2020
Nome: ALCIMARIA DA SILVA LIMA
CPF: 055.466.984-62

ALCIMARIA DA SILVA LIMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175600/20

Vítima: JESSICA MILIANA DE ARAUJO

CPF: 701.092.214-43

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/03/2020

Titular do CPF: JESSICA MILIANA DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JESSICA MILIANA DE ARAUJO : 701.092.214-43

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/06/2020
Nome: JESSICA MILIANA DE ARAUJO
CPF: 701.092.214-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2020
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

JESSICA MILIANA DE ARAUJO

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA