



Número: **0814255-08.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **17/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.037,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|-----------------------------------|---|
| FRANCISCO LINDUARTE LOPES (AUTOR) | AMANDA CRISTINA DE CASTRO (ADVOGADO) FRANCISCA RAFAELLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO) |
| SEGURADORA DPVAT (RÉU) | Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO) |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|--------------|--------------------|---|--------------------------|
| 61121 998 | 05/10/2020 20:20 | <u>CONTESTAÇÃO</u> | Petição |
| 61122 001 | 05/10/2020 20:20 | <u>2756858_CONTESTACAO_Anexo_03</u> | Documento de Comprovação |
| 61122 002 | 05/10/2020 20:20 | <u>2756858_CONTESTACAO_Anexo_04</u> | Documento de Comprovação |

PETIÇÃO E DOCUMENTOS ANEXOS



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/10/2020 20:20:55
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100520205338400000058636777>
Número do documento: 20100520205338400000058636777

Num. 61121998 - 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: 03/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO LINDUARTE LOPES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000026095-6

Nr. da Autenticação 4FFF0CC3F8F1CFC2



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/10/2020 20:20:57
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100520205730700000058636780>
Número do documento: 20100520205730700000058636780

Num. 61122001 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200259207 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LINDUARTE LOPES **Data do acidente:** 29/01/2020 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO

Documentos complementares:

Observações: PÁG.2_CIRURGIA

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 tornozelo | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| | | Total | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200259207 Vítima: FRANCISCO LINDUARTE LOPES

Data do Acidente: 29/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARLOS ROCHA HARTMANN SOARES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). FRANCISCO LINDUARTE LOPES

Informações sobre o pagamento da inden

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%
Socorro: 5% - 52%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalides Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCO LINDUARTE LOPES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 0000026095-6

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

Seguradora Lider-DPVA





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: 4 - Nome completo da vítima:
199.849.284-20 FRANCISCO LINDUARTE LOPES

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

DADOS CADASTRAIS

| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
| 5 - Nome completo: FRANCISCO LINDUARTE LOPES | 6 - CPF: 199.849.284-20 | | |
| 7 - Profissão: RECUSO | 8 - Endereço: RUA JOÃO FIRMINO REGIS | 9 - Número: 01 | 10 - Complemento: |
| 11 - Bairro: VINGT ROSADO | 12 - Cidade: MOSSORÓ | 13 - Estado: RN | 14 - CEP: 59.626-217 |
| 15 - E-mail: mhsegurosdpvat@hotmail.com | | 16 - Tel.(DDD): 84 9.9804-9535 | |

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:

| | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: **0560** CONTA: **26.095**

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 do 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima: | | | | |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | | | |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 29 - Se tinha filhos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nasdutoro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Não | 30 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 32 - Se tinha irmãos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos? | 33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 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 obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

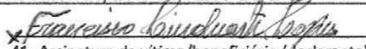
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

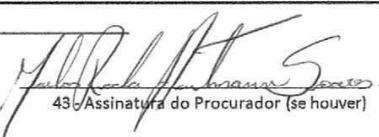
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **MOSSORÓ/RN, 21 DE JULHO DE 2020**


41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FGC 2011 002/2019


43- Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





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

COMPLEMENTO DO BOLETIM
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

Nº 0104920

1 – LOCAL DO ACIDENTE

| | | | |
|---------|--------------------------|---------|--------------|
| Local: | AV: SENADOR DUARTE FILHO | Bairro: | VINGT ROSADO |
| P. Ref. | ASTRA 21 | Data: | 29/01/2020 |

2 – VEÍCULO: V-02

| Placa | NNL 7H90 | Cidade | NATAL | | | UF | RN |
|-------------------|-----------------------------|--------|------------|-----------------|-----------|------------|---------------|
| Marca/Mod. | HONDA NXR 150 BROSS | | | Ano | 2008/2008 | | |
| Proprietário | FRANCISCO FLORÊNCIO BARBOSA | | | Nº de Ocupantes | | 01 | |
| Condutor | FRANCISCO LINDUARTE LOPES | | | Data de nasc. | | 21/12/1958 | |
| Endereço | RUA JOAO FIRMINO REGIS | | | Nº | 1 | Fone | (84)999504070 |
| Bairro | VINGT ROSADO | | Cidade | MOSSORÓ | | UF | RN |
| CPF nº | 199.849.284-20 | CNH | 1040363466 | CAT | AD | Validade | 12/08/2020 |
| Local de Trabalho | | | | | | | |

3 – VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

| | | | | | |
|------------------|-------------------------|-----------------|---------------------|---------------|---------|
| Onde transitava? | AV SENADOR DUARTE FILHO | Em que sentido? | BR110/ VINGT ROSADO | Em que faixa? | DIREITA |
|------------------|-------------------------|-----------------|---------------------|---------------|---------|

Versão do condutor:

"Alega que: TRANSITAVA NA RUA CITADA E NAS PROXIMIDADES DO ASTRAL 21 AVISTOU 2 VEÍCULOS ESTACIONADOS NO ACOSTAMENTO DA VIA E AO ULTRAPASSAR OS MESMOS, UM TERCEIRO VEÍCULO QUE SE ENCONTRAVA A FRENTE DOS OUTROS DOIS, PARA SUBIR NA PISTA DE ROLAMENTO AVANÇOU REPENTINAMENTE VINDO A COLIDIR COM O CONDUTOR DE V1, APOS ISSO O VEÍCULO SE EVADIU DO LOCAL E O CONDUTOR DE V1 FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HRTM.

"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 | |
|---------------------------------------|--|



| |
|-----------------------------------|
| Observação do Agente de Trânsito: |
|-----------------------------------|

Versão colhida dia 20/07/2020, na Sede do 2º DPRE.

| | | | | | | | |
|---|-------------------------------|-----------|---------|---------|-------|---------|---------|
| Nome do Agente que registrou as informações | André Victor Gê do Nascimento | | | | | | |
| Posto/Graduação | CB PM | Matrícula | 2019884 | Viatura | ***** | Unidade | 2º DPRE |

Auxiliar do 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 0104920

1 - LOCAL E DATA

Local Avenida Sernamor Quarteirão Bairro VILA ROSARIO
Cidade/UF MACEDÔNIO - RN P. Ref. ASTRA 23
Data 29/10/2020 Hora do acidente 11:20 Hora do registro 11:40 Dia da semana QUARTA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi PNL 7790 Cidade KATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA / NXR 250 BIRDS Cor AMARELA Ano 2008 / 2008
Proprietário FRANCISCO FLORENCIO BARBOSA N° de Ocupantes _____
Condutor FRANCISCO LIMA QUARTE LOPES Data de Nasc. 21/12/1958
Endereço RUA SOÃO FIRMINO REIS N° 1 Fone _____
Bairro VIMOT 205400 Cidade MACEIÓ UF RN
CPF N° 199.849.284-20 CNH N° 1040363466 Validade 12/10/2020 Categoria AD
Local de Trabalho APOSENTADO Fone (84) 99950-4070
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____ / _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____ / _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____ / _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____



| | | | |
|------|---|-----------------------------------|---|
| 11 - | <input type="checkbox"/> Vítima: condutor de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input checked="" type="checkbox"/> V4 | <input type="checkbox"/> Pedestre | <input type="checkbox"/> Testemunha |
| | Passageiro de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input checked="" type="checkbox"/> V4 | Conduzido para: | Presenciou: <input type="checkbox"/> Fato <input type="checkbox"/> Registro |

Nome _____
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para:
 Presenciou: Fato Registro

Nome _____
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para:
 Presenciou: Fato Registro

Nome _____
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para:
 Presenciou: Fato Registro

Nome _____
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome _____ RG Nº _____ Orgão Exp. _____
 Endereço _____ Nº _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____ Nº _____

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO **AUTUAÇÃO** SIM NÃO ATENº _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

1º) FOI VERIFICADO NO LOCAL QUE A VÍTIMA TRANSITAVA NA AVENIDA SENADOR D'AMARAL FILHO QUE EM DETERMINADO MOMENTO FOI COLIDIDO POR UM VEÍCULO QUE INADVERTIDAMENTE VIMOS ACOLIDIR COM A MESMA E EVADIR-SE DO LOCAL O CONDUTOR DE VS NÃO CONSEGUIU ANOTAR A PLACA DE VS.
 2º) O CONDUTOR DE VS FOI CONDUZIDO PELO SAMU PARA UMA UNIDADE HOSPITALAR.
 3º) A VÍTIMA FOI LIBERADA AO LOCAL PARA A PESSOA DE: FRANCISCA DILCICLEIA LOPES SOUZA, CNH: 03466014845, CPF: 046.155.094-64 -

Nome Completo do Agente: EMERSON SAGASTRIANO DE OLIVEIRA
 POSTO/GRAD.: CB PM Nº 2009-0503 Viatura TDR Subunid.: 23 DBRE
 Local e Data: Mossoró - RN . 29 de JANEIRO de 2020.

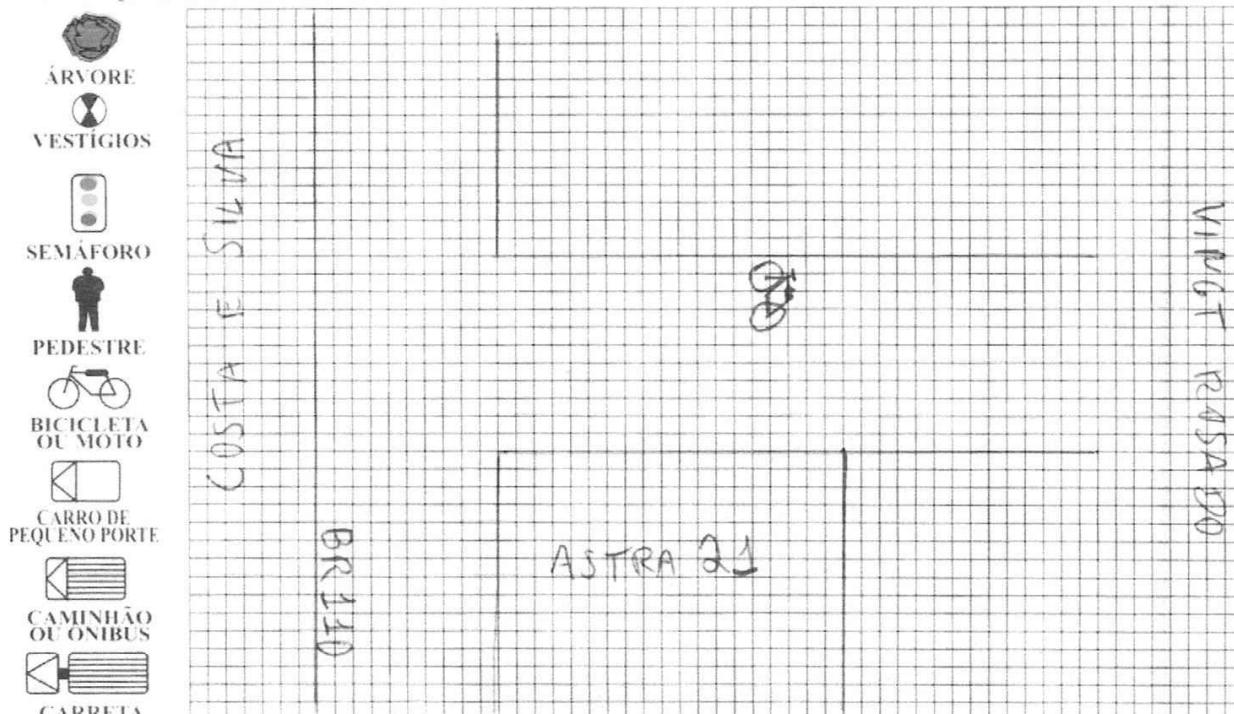
Assinatura do Agente de Trânsito



8 - CONDIÇÕES DA VIA

| Luminosidade | Cond./Tempo | Tipo da Pista | Caract./ Pista | Cond./ Pista | Sinalização |
|--|---|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amanhecedo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input checked="" type="checkbox"/> Asfalto | <input checked="" type="checkbox"/> Reta | <input checked="" type="checkbox"/> Seca | <input checked="" 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"/> Anoitecedo | <input type="checkbox"/> Chuva | <input type="checkbox"/> Concreto | <input type="checkbox"/> Acelive Ingreme | <input type="checkbox"/> Inundada | <input type="checkbox"/> Do Semáforo |
| <input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação | <input type="checkbox"/> Neblina | <input type="checkbox"/> Cascalho | <input type="checkbox"/> Acelive Suave | <input type="checkbox"/> Poças D'água | <input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre |
| <input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação | <input type="checkbox"/> Outros_____ | <input type="checkbox"/> Terra | <input type="checkbox"/> Declive Ingreme | <input type="checkbox"/> Oleosa | <input type="checkbox"/> Linha _____ |
| <input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente | <input type="checkbox"/> Outros_____ | <input type="checkbox"/> Outros_____ | <input type="checkbox"/> Declive Suave | <input type="checkbox"/> Enlameada | <input type="checkbox"/> Placa(s)_____ |
| | | | <input type="checkbox"/> Lombada | <input type="checkbox"/> Em Obras | <input type="checkbox"/> Lombada eletrônica |
| | | | <input 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 type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Entroncamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Bifurcação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

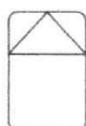
AVARIAS DO VEÍCULO 1

- TANPA LATERAL

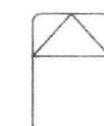
- GUIDA?

- CAIREMAGEM DO TANQUE

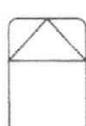
- LUTRUBO



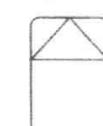
AVARIAS DO VEÍCULO 2



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V1 _____

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 _____





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 2031 /2020

Admissão: 29/01/2020 12:22:01

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 56717 - FRANCISCO LINDOARTE LOPES (61 a 1 m 8 d)

Nascimento: 21/12/1958 Natural: RIACHUELO BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
 CNS: 707006833287831 CPF: 19984928420 Prof:
 Mãe: IZAURA LEONARDO DE MOURA Pai: JOSE LOPES
 Logradouro: JOAO FIRMINO REGIS, 43
 CEP: 59626217 Bairro: RINCAO Cidade: MOSSORÓ
 Telefone: 84.99504070 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO
Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO

*Empresa:

| OBS: VEIO POR MEIO DO SAMU | | | | | | Classificação: | | PESO: | |
|----------------------------|------|-----|-------|------|------|---------------------|-------|---------|-----|
| | | | | | | 29/01/2020 12:17:08 | | | |
| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R. | F.C. / Pulso | TEMP. | Glasgow | RTS |
| 100 60 | | | 97 | | 23 | 62 | | | |

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISAO MOTO/ CARRO. TRAUMA EM DIREITO. GLASGOW 15.

Hora: 12:31

Paciente vítima de colisão carro-moto. Presente em motocicleta caiu de um muro e sofreu queda. No momento da acidente o capacete foi arremessado, e quebrou. Colidiu face no chão, apresentando edema e sangramento superficial em face direita, faculdade de cutânea intacta com rachaduras de contorno redondo e dor à pressão. Corte profundo em perna direita com rachaduras de profundidade média e profundidade média. A: Vias aéreas normais sem estenose cervical. B: MVI: 100% AIT em cubito, rúcula, adutora. C: Estável hemodinamicamente. Freq. PA, 98/70 mmHg. D: Pupila esquerda 3mm e direita 2mm. E: Escoriações em face D, escoriações em MCA esquerda e costas em traseiro. F: Paciente em reumática de causa óssea.

Diagn. Inicial:

| PRESCRIÇÃO: | VIA | HORÁRIO | ASSINT. |
|--|-----|-----------|---------|
| (01) SF d/c 1000 ml EV 8/24 horas | | | |
| (02) Dipirona 500mg/ml - Faz 2ml + 18ml ABD, EV 6/16hs | | 500 + 500 | |
| (03) Avaliação da ortopedia | | | |
| 04- SALT-5000 C/AM | | | |
| Frax | | 13:30 C | |
| | | 13:30 C | |
| Intrepid-Abelha | | | |
| Refer trauma em Tamanduá (R) após acidente Motocicleta | | | |
| (R) Ferimento em p/ Tamanduá (R) APM pren. Necessário com al | | | |
| R- Fractura exposta Material Medicado | | | |

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

CID 56717 Proc. 070068332878 Data: 29/01/2020 13:50 Médico: _____
 *Gerado via SX por FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS. Impresso em 29 de Janeiro de 2020.
 Carimbar) (Assinar e

U: Encam av (C para tratamento de frax.

Dr. Guilherme Garcia Rigolin
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/RN 8187





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

29/01/2020 . 16:10

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Fernando Lindoso Lopes Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura Esportiva Mâsculo Mesial Héptilo 2

Indicação terapêutica: _____

INTERVENÇÃO

Início: 15:20 Fim: 16:00 Duração: _____

Operador Dra. Guilherme Rigolin

1ª Auxiliar: Dra. Neusa

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dra. Yolanda Linto

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa (x) Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

Incisão em DPA sob nácaroventos; Antineurais Rigor com S.F. 0,99;

Ampliação campo estéril; Fissura de Ferimento 1 x 4 cm em T;

Ampliação de ferimento; Novo Ligeiramente com S.F. 0,51, Reduzido do

patin e fisiológico com dois parafusos cônicos N.º 95, Reduzido fisiológico

e ligeiramente com S.F. 0,32, Reduzido de hemostase;

Sutura por planos: sutura interna; A.R.P.

Dra. Guilherme Garcia Rigolin
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 8187





WM RADIOLOGIA MEDICA LTDA ME

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO LINDUARTE LOPES ID: PAT006488

DATA DE NASCIMENTO: 21/12/1958 SEXO: MASCULINO

Exame(s) Realizado(s): TORNOZELO DIR em 09/03/2020 15:00:14

Solicitante: DRA. NAYARA G. SOUZA

LAUDO RADIOLÓGICO

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO D

Relatório:

Controle de osteossíntese com 2 parafusos cirúrgicos no maléolo tibial.
Há consolidação óssea.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Celso Henrique Pante'.

Dr Celso Henrique Pante - CRMRS 8186
Leitor OIT
Médico Radiologista

*DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO RADIOLÓGISTA Dr. Celso Henrique Pante - CRM: 8186-RS.

LAUDO RADIOLÓGICO CRIADO EM 09/03/2020 16:34:09 (HORARIO DE BRASILIA).

*Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição acima mencionada. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca a disposição do médico para quaisquer esclarecimentos necessários.

Endereço: Rua Duodécimo Rosado, 1518, Nova Betânia - Mossoró/RN
wmradiologiamedica@gmail.com Tel: (84) 3061-5000 / 99676-3701





Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/10/2020 20:20:58
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100520205810100000058636781
Número do documento: 20100520205810100000058636781

Num. 61122002 - Pág. 4