



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
61121998	05/10/2020 20:20	<a href="#">CONTESTAÇÃO</a>	Petição
61122001	05/10/2020 20:20	<a href="#">2756858_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Documento de Comprovação
61122002	05/10/2020 20:20	<a href="#">2756858_CONTESTACAO_Anexo_04</a>	Documento de Comprovação

## PETIÇÃO E DOCUMENTOS ANEXOS



# 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



## 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 (OSTEOSSÍNTESE). 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](http://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**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as 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%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez 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 limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# 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

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:

☒ 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: 26.095 6  
(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 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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

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 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ENC 001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/10/2020 20:20:57

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100520205730700000058636780

Número do documento: 20100520205730700000058636780



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 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

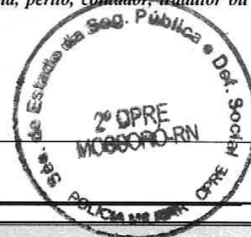
Versão do condutor:

"Alega que: TRANSITAVA NA RUA CITADA E NAS PROXIMIDADES DO ASTRA 21 AVISTOU 2 VEÍCULOS ESTACIONADOS NO ACOSTAMENTO DA VIA E AO ULTRAPASSAR OS MESMOS, UM TERCEIRO VEICULO 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 VEICULO 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

*Francisco Linduarte Lopes*



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 SENADOR DUARTE FILHO Bairro VINGT ROSADO  
Cidade/UF MOSSORÓ - RN P. Ref. ASTRA 23  
Data 29/01/2020 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 MNL 7730 Cidade KATAL UF RN  
Marca/Mod. HONDA / MXR 250 BROS Cor AMARELA Ano 2008  
Proprietário FRANCISCO FLORENTINO BARBOSA Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor FRANCISCO LINDUARTE LOPES Data de Nasc. 21/12/1958  
Endereço RUA JOÃO FIRMÃO REAIS Nº 1 Fone \_\_\_\_\_  
Bairro VINGT ROSADO Cidade MOSSORÓ UF RN  
CPF Nº 199 849 284-20 CNH Nº 1040363466 Validade 12/10/2020 Categoria A2  
Local de Trabalho APOSENTADO Fone (04) 99950-4070  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

4 - VEÍCULO 02:

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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_





11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ 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 ☐ Testemunha  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ 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 ☐ Testemunha  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ 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 ☐ Testemunha  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ 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 AIT N° \_\_\_\_\_ Cód/Desd \_\_\_\_\_

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

1º FOI VERIFICADO NO LOCAL QUE VÁ TRANSITAVA NA AVENIDA SENADOR DOUTA FILHO  
QUE EM DETERMINADO MOMENTO FOI COLIDIDO POR UM VEÍCULO QUE INVADIU A VIA DEPOIS  
FICOU VENDO ACOLIDIR COM 2 MESMO EVADIU-SE DO LOCAL O CONDUTOR DE VÁ NÃO  
CONSEGUIU ANOTAR A PLACA DE VÁ  
2º O CONDUTOR DE VÁ FOI CONDUZIDO PELO SAMU PARA UMA UNIDADE HOSPITALAR  
3º O VÁ FOI LIBERADO NO LOCAL PARA A PESSOA DE: FRANCISCA VILCICLEA LOPES DE  
SOUZA, CMH: 03766014845, CPF: 040.255.094-64 -

Nome Completo do Agente EMERSON SALGUSTRIANO DE OLIVEIRA

POSTO/GRAD.: CB PM N° 2009-0503 Viatura TDR

Local e Data MOJORO - RN . 29 de SETEMBRO de 2020. Subunid.: 23 DPRE









Assinatura do Agente de Trânsito \_\_\_\_\_

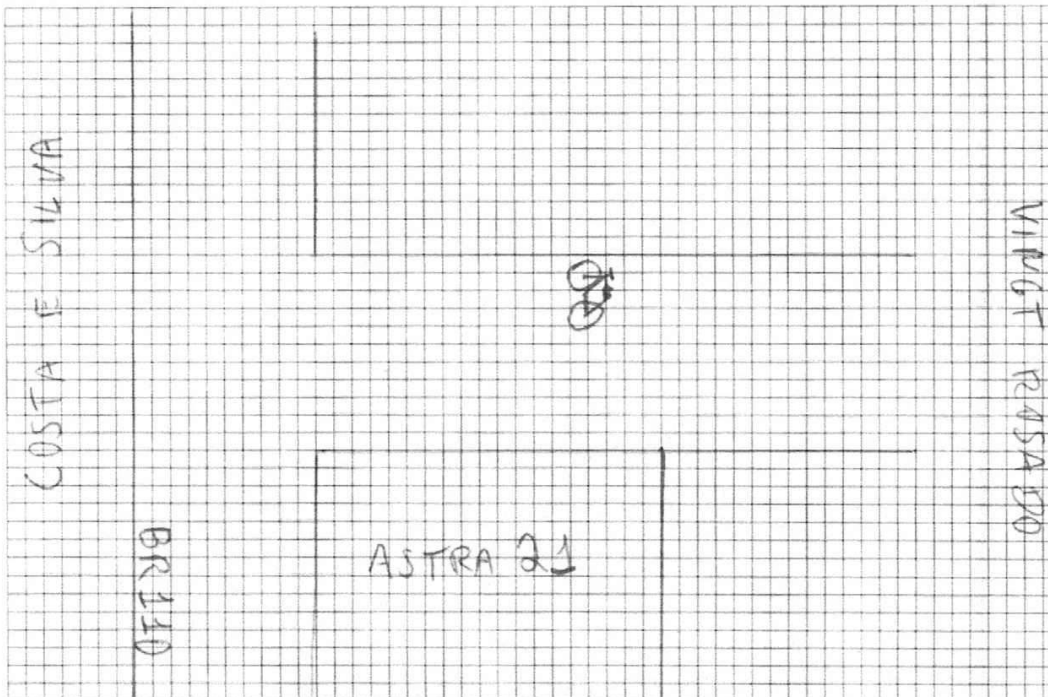


## 8 - CONDIÇÕES DA VIA

<b>Luminosidade</b>	<b>Cond./Tempo</b>	<b>Tipo da Pista</b>	<b>Caract./Pista</b>	<b>Cond./Pista</b>	<b>Sinalização</b>
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<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"/> 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 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 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"/> _____
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

## 9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

 **ÁRVORE**  
 **VESTÍGIOS**  
 **SEMÁFORO**  
 **PEDESTRE**  
 **BICICLETA OU MOTO**  
 **CARRO DE PEQUENO PORTE**  
 **CAMINHÃO OU ÔNIBUS**  
 **CARRETA**



COSTA E SILVA

BR 110

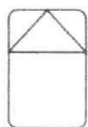
ASTRA 21

VIAJ. REASADO

## 10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

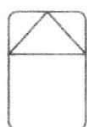
### AVARIAS DO VEÍCULO 1

- TAMPA LATERAL  
- QUEDA

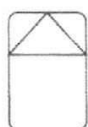


- CARCENAGEM DO TAMBOR  
- ESTRIBO

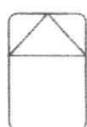
### AVARIAS DO VEÍCULO 2



### AVARIAS DO VEÍCULO 3



### AVARIAS DO VEÍCULO 4



**7 - VERSÕES DOS CONDUTORES**

**SOBRE V1** - Em que Rua/ Av. Transitava? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Em que sentido? \_\_\_\_\_

Versão do condutor \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Assinatura do Condutor do V1 \_\_\_\_\_

**SOBRE V2** - Em que Rua/ Av. Transitava? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Em que sentido? \_\_\_\_\_

Versão do condutor \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Assinatura do Condutor do V2 \_\_\_\_\_

**SOBRE V3** - Em que Rua/ Av. Transitava? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Em que sentido? \_\_\_\_\_

Versão do condutor \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Assinatura do Condutor do V3 \_\_\_\_\_

**SOBRE V4** - Em que Rua/ Av. Transitava? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Em que sentido? \_\_\_\_\_

Versão do condutor \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Assinatura do Condutor do V4 \_\_\_\_\_



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: MOSSORO

Telephone: 84.99504070

Compl:

**Motivo**(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

**Tipo:** REGULADO

**Origem: SAMU RN**

\*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. Paciente em motorcycle colou em muro  
 e sofreu queda. No momento da acidente o capacete foi arremessado, e que  
 colou face no chão, apresentando escoriações superficial em face distal. Pouco  
 opaco. Corte Perfurante em face distal com rubores de contusão distal e do  
 a mobilidade em face a face distal. No momento da queda sofreu fratura a medula  
 A: Vans aeris MIMO em est. ligação cervical. Noo foz um de medula  
 B: MUIH er AIT, um capto, ruidos adventos. Noo foz um de medula  
 C: Estival hemodinamicamente em FC, PA, SATO2. Noo foz um de medula  
 D: Papilo ~~noto~~ hemisférico e viscoso, escla. plágio 11. Noo foz um de medula  
 E: Escoriações em face D, escoriações em MCO esquerda e cost. em baze. Noo foz um de medula

Diagn. Inicial:

[illegible]

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

CID: 8824 Proc. 0708 080578 Date: 29 / 01 / 20. Hr: 13 : 50

**Médico:**

\*Gerado via SX por FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS. Impresso em 29 de Janeiro de 2020.  
(Carimbar)

(Assinar e

LA: Bureau as C.C. per testimony in by

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 Francisco Amador Lopes Reg Nº \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta Metacarpo Medial 4º dedo 2

Indicação terapêutica: \_\_\_\_\_

INTERVENÇÃO

Início: 15:20 Fim: 16:00 Duração: \_\_\_\_\_

Operador: Dr. Guilherme Rigolin

1ª Auxiliar: Dr. Diego

2ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

3ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anestesista: Dr. João Lino

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

Exame em RPA sob aspiratório; Antropo. Rigor com S.F. 0,99;  
Anepm e Coloração Campo Estier; Presença de Ferimento 1,4 cm em T;  
Ampliação do Ferimento; Não há pus com S.F. 0,51; Redução do  
fratura e fixação com dois parafusos corticais N° 4,5; Redução satisfatória  
do osso; Limpeza com S.F. 0,51; Presença de hematomas;  
Sutura por planos; Curativo final; A R A

Dr. Guilherme 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.

Dr Celso Henrique Pante - CRMRS 8186  
Leitor OIT  
Médico Radiologista

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

LAUDO RADIOLOGICO 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](mailto:wmradiologiamedica@gmail.com) Tel: (84) 3061-5000 / 99676-3701



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
FRANCISCO LINDUARTE LOPES

DOC. EMISSÃO / CDD EMISSOR UF  
15782788 SSP SP

CPF  
199.849.284-20 DATA NASCIMENTO  
21/12/1958

TÍTULO  
JOGE LOPES

IZAURA LEONARDO DE MOURA

PERMISSÃO ACC CALHAB  
AD

Nº REGISTRO  
01040363466

VALIDADEZ  
12/08/2020

1ª HABILITAÇÃO  
26/08/1981

OBSERVAÇÕES

*Francisco Linduarte Lopes*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
MOSSORO, RN

DATA EMISSÃO  
13/08/2015

89064464595  
RN702254208

DETRAN RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1157248209

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1157248209

