



Número: **0845094-45.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO (AUTOR)		ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12517 795	28/09/2017 12:42	<a href="#">02 PROCURAÇÃO</a>	Procuração
12517 802	28/09/2017 12:42	<a href="#">03 DOCUMENTOS PESSOAIS</a>	Documento de Identificação
12517 806	28/09/2017 12:42	<a href="#">04 DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA</a>	Documento de Comprovação
12517 815	28/09/2017 12:42	<a href="#">05 DECLARAÇÃO DO SAMU</a>	Documento de Comprovação
12517 828	28/09/2017 12:42	<a href="#">06 PRONTUÁRIO</a>	Documento de Comprovação
12517 835	28/09/2017 12:42	<a href="#">07 BOLETIM DE OCORRÊNCIA</a>	Documento de Comprovação
12517 838	28/09/2017 12:42	<a href="#">08 ATESTADO</a>	Documento de Comprovação
12517 842	28/09/2017 12:42	<a href="#">09 RAIOS X</a>	Documento de Comprovação
12517 850	28/09/2017 12:42	<a href="#">10 COMPROVANTE DE DESPESAS</a>	Documento de Comprovação
12517 858	28/09/2017 12:42	<a href="#">11 REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO</a>	Documento de Comprovação

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE(S): PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO**, brasileira, casada, vigilante, inscrita no CPF/MF sob o nº 049.198.274-74, portadora da cédula de identidade nº 1.856.591 SSP/RN, residente e domiciliada na Rua Tupinambá, nº 215, Nossa Senhora Nazaré, CEP: 59060-410, Natal/RN.

**OUTORGADO(S): ERIC TORQUATO NOGUEIRA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 11760, portador do CPF/MF nº 061.387.934-12, RG nº 3393071 – SSP/RN; **BRUNO HENRIQUE CORTÊZ DE PAULA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 14290, ambos com endereço profissional situado à Avenida Duque de Caxias, 90 A, Ribeira, Natal/RN, CEP: 59012-200.

**PODERES:** Para o foro em geral nos termos do artigo 38 do Código de Ritos, com a cláusula *ad judícia* e *extra*, concomitantes com os especiais notadamente para transigir, receber/sacar dinheiro, desistir, recorrer, agravar, dar e/ou receber quitação, substabelecer no todo ou em parte, atuar em conjunto ou separadamente com outros advogados para defender os interesses do(s) Outorgante(s) até que as providências tomadas na defesa dos seus interesses tenham cessado.

Local e data: Natal, 31 de Março de 2017

Patricia de Oliveira Machado.

**OUTORGANTE**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 001.856.591 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/07/2003

NOME PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO

FILIAÇÃO JOSE VITAL MACHADO  
SEVERINA MARIA DE OLIVEIRA MACHADO

NATURALIDADE NATAL - RN DATA DE NASCIMENTO 20/04/1983

DOC. ORIGINAL L0238 F-191 RG-085081

NATURAL - RN 05 CARTÓRIO

CPF 049.198.274-74

2 VIA 231100 3

ASSINATURA DO DIRETOR  
LENE T16 DE 29/08/03

ELIEGE DA SILVA OLIVEIRA FERREIRA  
COORD. DE IDENT. CIVIL E CRIMINAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



00001524



CTC SANTO ANDRE SPM PLS

PC-12

PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO  
R TUPINAMBA 215  
N SRA NAZARE  
59060-410 NATAL RN



721109423019884000000152430 060317

Postagem: 06/03/2017

Vencimento: 15/03/2017

Emissão: 02/03/2017

Fechamento próxima fatura: 10/04/2017

**Resumo da fatura em R\$**

Total da fatura anterior	1.145,57
Pagamento efetuado em 20/02/2017	- 1.105,00
Saldo financiado	40,57
+ Encargos (financiamento + moratório)	65,82
+ Lançamentos atuais	990,06
<b>Total desta fatura</b>	<b>1.096,45</b>

Titular **PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO**  
Cartão **6062.XXXX.XXXX.6152**

**Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!**



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Local e data: Natal, 31 de Março de 2017

Rafael de Oliveira Melo.

**DECLARANTE**



Prefeitura Municipal do Natal

A n o s s a c i d a d e

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SAMU 192 NATAL

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO**, foi vítima de colisão moto x moto, no dia 01/03/2017, aproximadamente às 20h30min, na Avenida Coronel Estevam, Dix Sept Rosado, nesta Cidade. Tendo sido atendida pelo SAMU 192 Natal, **sob nº de ocorrência 143359/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão e removida para o Hospital Walfredo Gurgel.

Natal, 04 de março de 2017.

  
**Alfredo Galvão da Silva Júnior**  
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal  
Matrícula 44.986-5

---

Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN - CEP: 59054-280  
Tel.: (84) 3232-9222 - (84) 3232-9211

04/04/2017

192.168.1.253/SSONatal/\_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=143359&Digito=1&ReadOnly=1

## FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 143359/1

Data: 01/03/2017

### CHAMADO

**TARM:** EDILELDO CORTES SIQUEIRA

**Rádio Operador:** EDILELDO CORTES SIQUEIRA

**Equipe Enfermagem Cena:**

**VTR:** USB 06 (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

**Médico Regulação:** JOSÉ ALEXANDRE SOUSA SILVA

**Médico Cena:** JOSÉ ALEXANDRE SOUSA SILVA

**Usuário Pós-Cena:**

**Equipe VTR:** GUSTAVO FRANCISCO DA SILVA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA  
FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO - TECNICO DE ENFERMAGEM

☒ Regulação Médica ☐ Trote ☐ Informação ☐ Engano ☐ Queda da ligação ☐ Sem Médico ☐ Transf./Internação ☐ Eletivo

**Cidade:** NATAL

**Nome do Solicitante:** SAMU USB 06

**Telefone:**

**Nome do Paciente:**

PATRICIA DE O. MACHADO

**Idade: \***

33 ANO(S)

**Sexo: \***

MASCULINO

☐ Endereço não informado

☐ Coordenadas Informadas

**Latitude:** -5.8030708 **Longitude:** -35.2256334

**Endereço:** AVENIDA CORONEL ESTEVAM

**Nº:** VP

**Bairro:** DIX-SEPT ROSADO

**Outro Bairro:**

**Referência/Complemento:**

**Unidade de Destino Transferência:** HOSPITAL WALFREDO GURGEL

**Queixa Paciente:** COLISÃO MOTO X MOTO

**Quem Solicitou:** Prof. Saúde

**Distância do paciente:** Com o Paciente

**Local:** Via Pública

**Histórico Regulação Médica:**

01/03/2017 20:31:12 - Dr(a). JOSÉ ALEXANDRE SOUSA SILVA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISÃO MOTO/MOTO

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO

**Apoio:**



## SINAIS VITAIS / OUTROS ACHADOS

Tipo de APH:

TRAUMA - ACIDENTE MOTO X MOTO ▾

Hipótese Diagnóstica:

Sinais Vitais:

Antecedentes:

☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ Epilepsia ☐ Etilismo ☐ Hipertensão ☐ HIV ☐ Nefropatia ☐ Neoplasia ☐ Pneumopatia ☐ Sequela AVC

Outros Antecedentes:

Nível de consciência:

☐ Normal ☐ Confuso ☐ Torporoso ☐ Inconsciente

Respiração:

☐ Não Respira ☐ Normal ☐ Ruidosa / Dispneia ☐ Via aérea obstruída ☐ Via aérea pérvia

Sudorese:

- SELECIONE - ▾

Coloração da pele:

- SELECIONE - ▾

Sangramento:

- SELECIONE - ▾

Uso de algum Medicamento:

Alergia:

Prioridade:

☒ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul

Observação:

CONSC, SENTADA, SEM CAPACETE (RETIRADO), LUXAÇÃO DE OMBRO

## PROCEDIMENTOS

Tipo do procedimento:

IMOBILIZAÇÃO - PRANCHA LONGA ▾

Procedimento:

Observação:

## CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?\*

☐ Sim ☒ Não ☐ Não informado

## CONDUTA

☐ Atendimento / Residência☐ Óbito☐ Removido por terceiros☐ Conduta VTR☐ Endereço não localizado☐ Trote☐ Evasão do local☒ Remoção / Transferência☐ Recusa atendimento☐ Recusa remoção

## REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE - ▾

H. ligação ao serv prop.:

.:. ↺

F:

Recebido por:

☐ Vaga Negada☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

▾

## PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

././.:.

04/04/2017

192.168.1.253/SSONatal/\_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=143359&Digito=1&ReadOnly=1

**HORÁRIOS DO CHAMADO**

**Chamado:**  
**01/03/2017**  
**20:30:24**

**Saída Local:**  
**01/03/2017**  
**20:36:10**

**Regulação Médica:**  
**01/03/2017**  
**20:31:12**

**Chegada Destino:**  
**01/03/2017**  
**20:47:08**

**Solicitação VTR:**  
**01/03/2017**  
**20:31:58**

**Liberação Destino:**  
**01/03/2017**  
**23:56:58**

**Saída VTR:**  
**01/03/2017**  
**20:31:59**

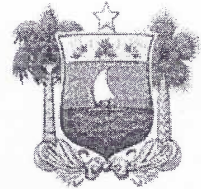
**Liberação VTR:**  
**01/03/2017**  
**23:56:59**

**Chegada Local:**  
**01/03/2017**  
**20:32:03**





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **6421 /2017**  
Admissão: **01/03/2017 20:55:36**

**CIRURGIA GERAL - AMARELO**

**Paciente: 6292 - PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO (33 a 3 m 5 d)**

Nascimento: 01/01/1984 Natural: NATAL.BRASIL Sexo: F Cor: PARDA

CNS: Mãe: INGNORADO CPF: 04919827474 Prof:

Logradouro: RAIMUNDO FILGUEIRA, 2013 Pai: JOSE VITAL MACHADO

CEP: 59062040 Bairro: NOSSA SENHORA DE NAZARÉ Cidade: NATAL

Telefone: 84.987576466 84 987576466 Compl: SAMU- VIA PUBLICA

**Motivo:** MOTO X MOTO - COLISAO

**Origem:** AMBUL. SAMU NATAL

**Tipo:** NÃO REFERENCIADO

\*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:					
OBS:					Classificação: 01/03/2017 20:48:07					
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS	

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA**

Queixas: ACIDENTE DE MOTO + LUXAÇÃO NO OMBRO E

Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_

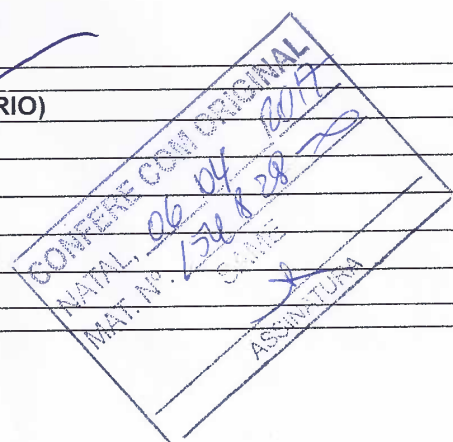
**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

A  
B  
C  
D  
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

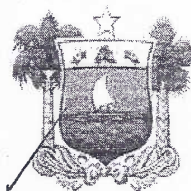
DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

\*Gerado via SX por WELLINGTON GOMES DO NASCIMENTO. Impresso em 06 de Abril de 2017.





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **6421 /2017**  
Admissão: **01/03/2017 20:55:36**



**CIRURGIA GERAL - AMARELO**

T2

**Paciente: 6292 - PATRICIA MACHADO DE OLIVEIRA (33 a 2 m )**

Nascimento: 01/01/1984 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: CPF:

Prof:

Mãe: INGNORADO

Pai:

Logradouro: RAIMUNDO FILGUEIRA, 2013

CEP: 59062040 Bairro: NOSSA SENHORA DE NAZARÉ Cidade: NATAL

Telefone: 84.987576466 Compl: SAMU- VIA PUBLICA

**Motivo: MOTO X MOTO - COLISAO**

**Tipo: NÃO REFERENCIADO**

**Origem: AMBUL. SAMU NATAL**

\*Empresa:

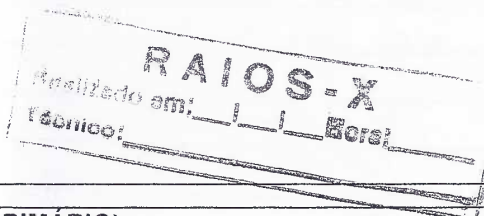
Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 01/03/2017 20:48:07				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA**

Queixas: ACIDENTE DE MOTO + LUXAÇÃO NO OMBRO E

Hora: \_\_\_\_\_

*Acidente de moto às 1 hora  
Sem perda de consciência*



**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

A *Vias aéreas permeáveis sem cervicalgia*

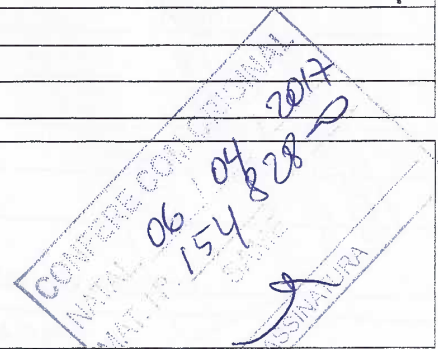
B *Síntese estável*

C *Pulso cheio 88 bpm*

D *Glasgow 15 vocais*

E *Do eu ombro - E; abdome auscultar.*

OUTRAS OBSERVAÇÕES:



DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

# EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): *Siprima / Voltaren*

M (MEDICAÇÃO EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL):

## EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

*Rx de tórax / braço - E*

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

## CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAMENTOS E PROCEDIMENTOS)

① *Tramadol 100 e 500mg a cada 4h*

② *Alto no cir. Guiel*

## ANOTAÇÃO DE SUPERVISÃO

*Dr. Maria Rêgo*  
*MR Cirurgia Geral*  
*CRM/RN 7498*

*CONFERE COM O LIL*  
*NATAL 06/04/2014*  
*MAI. M. 15/18/2014*

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <i>Oftalmologia</i>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

ENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: .....

ANAMNESE

PARTE REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM  
TRAUMA EM OMBRO @

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*\*

Rx 45 OMBRO @ (N/A)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. GEAN GUARINIERE R. DANTAS  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM 1783 TEST 11044

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ALGORITMO P/ SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPONSABILIDADE DA VÍTIMA. 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPIAIS). 3 - PEÇA UM DESFIBRILADOR (DEA). 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR). 5 - SE APNÉIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA). 6 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO. 7 - SE NÃO HOUVER PULSO, INICIE RESSUSCITAÇÃO CARDÍACA. 8 - SE HOUVER PULSO, MAS NÃO RESPIRAÇÃO, INICIE VENTILAÇÃO. 9 - SE NÃO HOUVER PULSO, INICIE RESSUSCITAÇÃO CARDÍACA. 10 - RITMO NÃO CHOCÁVEL. REINICIE RCP (30:2). 11 - AVALIE O RITMO A CADA 3 CICLOS. 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR. OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTE, SE NECESSÁRIO, REPOSICIONE A POSIÇÃO DE DEITO.

\*CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL; REQUISIÇÃO DE EXAMES; FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXE O BOLETIM.

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde coerentemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, data, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas correlatamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional)	3
Sons ininteligíveis. (Geme sem articular palavras.)	2
Argente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. ( Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Decerebração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	30 = 0
	10-29 = 4
	20 = 3
	6-9 = 2
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	1-59 = 1
	60 = 0
	> 90 = 4
	76-89 = 3
	50-59 = 2
	1-49 = 1
	0 = 0

"Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.L. Copes, et al. A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1995.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)\*

03 - 08=grave (necessidade de intubação imediata);  
09- 3= moderado;  
14-15=leve

\* Referência: TEASDALE G., JENNET, B. Assesmed of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

\*\* A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4





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 94888 -**

### 1 - LOCAL E DATA

Local AV. CEL. ESTEVAM C/ RUA RAIMUNDO FIGUEIRA Bairro VOSSA SIA DE NAZARÉ  
Cidade/UF NATAL - RN P. Ref. -  
Data 01/03/2017 Hora do acidente 20:00 Hora do registro 21:00 Dia da semana QUARTA-FEIRA

### 2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

### 3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi 0J2 7333 Cidade NATAL UF RN  
Marca/Mod. HONDA FAN 125 KS Cor VERMELHA Ano 2014 / 2014  
Proprietário O MESMO ABAIXO N° de Ocupantes 02  
Condutor FRANCISCO DE ASSIS OLIVEIRA Data de Nasc. 16/09/1982  
Endereço RUA RAIMUNDO FIGUEIRA N° 2013 Fone 982369347  
Bairro VOSSA SIA DE NAZARÉ Cidade NATAL UF RN  
CPF N° 045.469.884-43 CNH N° \_\_\_\_\_ Validade 1 / 1 Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho TALHER RESTAURANTE Fone 32114229  
End. AV. AFONSO PENA N° \_\_\_\_\_ Bairro TIROL Cidade NATAL

### 4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi N0H 2583 Cidade NATAL UF RN  
Marca/Mod. HONDA CG 150 Cor PRETA Ano 2013 / 2013  
Proprietário O MESMO ABAIXO N° de Ocupantes 01  
Condutor ERINILSON PEREIRA DO NASCIMENTO Data de Nasc. 20/06/1975  
Endereço AV. CAP. MOR GOUVER N° 1498 Fone 982087419  
Bairro CIDADE DA ESPERANÇA Cidade NATAL UF RN  
CPF N° 903.948.794-49 CNH N° 02560879916 Validade 17 / 12 / 2017 Categoria AB  
Local de Trabalho QCG Fone 3232-6330  
End. AV. RODRIGUES ALVES N° S/P Bairro TIROL Cidade NATAL

### 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 \_\_\_\_\_

Atenuação \_\_\_\_\_ Número do Boletim: 94888 - Número da Ocorrência: 407155 - Data Registro: 08/03/2017 - Hora Registro: 09:01:43 - Número/Controle: X48589688W

## 7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

**SOBRE V1** - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. CEL. ESTEVAM  
Em que sentido? CIDADE DA ESPERANÇA / NAZARÉ Em que faixa? ESQUERDA  
Versão do condutor ALEGA QUE: SÓ LEMBRA QUE ESTAVA COM A SINALIZAÇÃO LIGADA P/ ACESSAR  
P/ ESQUERDA A RUA RAIMUNDO FIGUEIRA.

Assinatura do Condutor do V1

Francisco de A. Oliveira

**SOBRE V2** - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. CEL. ESTEVAM  
Em que sentido? ALECRIM / CIDADE DA ESPERANÇA Em que faixa? ESQUERDA  
Versão do condutor ALEGA QUE: FOI SURPREENDIDO POR V1 QUE VINDO NO SENTIDO OPOSTO E  
ENTROU P/ ESQUERDA DELE(V1) VINDO A CAUSAR A COLISÃO.

Assinatura do Condutor do V2

Xavier de Fátima Da Nascim. Costa

**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

Autenticação Número do Boletim: 94888 Número da Ocorrência: 467155 Data Registro: 08/03/2017 Hora Registro: 09:01:43 Número/Controle: X48589688W

## 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 type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Entroncamento		<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____

## 9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

**LEGENDA:**

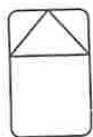
- ÁRVORE
- VESTÍGIOS
- SEMÁFORO
- PEDESTRE
- BICICLETA OU MOTO
- CARRO DE PEQUENO PORTE
- CAMINHÃO OU ÔNIBUS
- CARRETA

**CROQUI:**

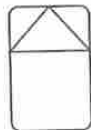
Mapa de croqui do acidente de trânsito em uma grade. O eixo vertical é rotulado "AV. CEL. ESTEVAM" e o eixo horizontal é rotulado "R. RAIMUNDO FIGUEIRA". Há uma interseção rotulada "C. REFERENÇA". Outras rotulações incluem "AV. EURENITA NATALENSE", "VL", "Vd", "ALCERIM", "MARCA DE ESTRACAS NA PISTA", e "ALCERIM".

## 10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

## AVARIAS DO VEÍCULO 1

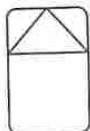


## AVARIAS DO VEÍCULO 2

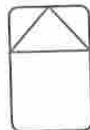


PANELA DIPI, FAROL,  
CARENAGEM DO HODOMETRO,  
GUIDON, ESTRABO, TANQUE

## AVARIAS DO VEÍCULO 3



## AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☒ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: HOSPITAL CLOVIS SAKIMOTO Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome ERIMILSON PEREIRA DO NASCIMENTO  
RG N° 13875 Órgão Expedidor PM - RN Data de Nascimento 20 / 06 / 1975  
Endereço AV. CAP. MOL. GOUVEIAS N° 1498 Fone 988087419  
Bairro CIDADE DA ESPERANÇA Cidade NATAL UF RN  
Versão \_\_\_\_\_

Assintura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

12 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☒ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha  
Passageiro de ☒ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: HOSP. CLOVIS SAKIMOTO Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO  
RG N° 001.856.591 Órgão Expedidor ITEP-RN Data de Nascimento 20 / 04 / 1983  
Endereço RUA TUPINAMBA N° 215 Fone 987115903  
Bairro NABARE Cidade NATAL UF RN  
Versão \_\_\_\_\_

Assintura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

13 - ☒ Vítima: condutor de ☒ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: HOSP. CLOVIS SAKIMOTO Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome FRANCISCO DE ASSIS DE OLIVEIRA  
RG N° 002.264.643 Órgão Expedidor ITEP-RN Data de Nascimento 16 / 09 / 1982  
Endereço RUA TUPINAMBA N° 215 Fone 988369347  
Bairro NABARE Cidade NATAL UF RN  
Versão \_\_\_\_\_

Assintura \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Assintura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

**15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO**

Placa \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Marca/Modelo \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ RG N° \_\_\_\_\_ Órgão Exp. \_\_\_\_\_  
Endereço SAMU N° \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AIT N° \_\_\_\_\_ Cód/DESD \_\_\_\_\_

**17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO**

O V2 FOI ENTREGUE A GEMANUEL PEREIRA DO NASCIMENTO CPF 282.368.074-87 CNH CAT AB. P/ SER QUINHADA.

O CONDUTOR DE V1 SOFREU ESCORÇÃO LEVE E A SUA ESPOSA TEVE O OMBRO DIREITO DESLOCADO, JA O CONDUTOR DE V2 TEVE SEU PULSO ESQUERDO FRATURADO.

OS DADOS DO V1 NAO FORAM PEGOS POIS QUANDO CHEGAMOS NO LOCAL A MOTO NAO ESTAVA, TINHA SIDO LEVADA PELO IRMAO DO CONDUTOR DE V1.

Valmiro Braz S. Santos  
**Valmiro Braz S. Santos**  
**1º SGT PM - RN**  
**Mat. 113.330 - 6**

Nome Completo do Agente \_\_\_\_\_  
POSTO/GRAD.: \_\_\_\_\_ PM N° 93.135 Viatura 106 Subunid.: 1º DPRE  
Local e Data NATAL, 01 de MARÇO de 2017

Autenticação Número do Boletim: 94888 Número da Ocorrência: 467155 Data Registro: 08/03/2017 Hora Registro: 09:01:43 Número/Controle: X48589688W



RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL  
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL  
SETOR DE TRÁFEGO

Av. Capitão-Mor Gouveia, 924, Cidade da Esperança - Natal - Rio Grande do Norte  
Fone: (84) 3232-1514 - E-mail: cpresetordetrafe@hotmai.com

Natal/RN, 08 de Março de 2017.

**BOAT nº:** 94888

**Data:** 01/03/2017

**Local:** Av. Cel. Estevam com a Rua Raimundo Filgueira - Nazaré - Natal/RN

**Veículos envolvidos:**

(V-1) HONDA/ CG 125 FAN KS - OJZ 7333

(V-2) HONDA/ CG 150 FAN ESI - NOH 2583

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor de V-1 deixou de observar o que preceituam os artigos 26-I c/c 162-I, 28 e 34.

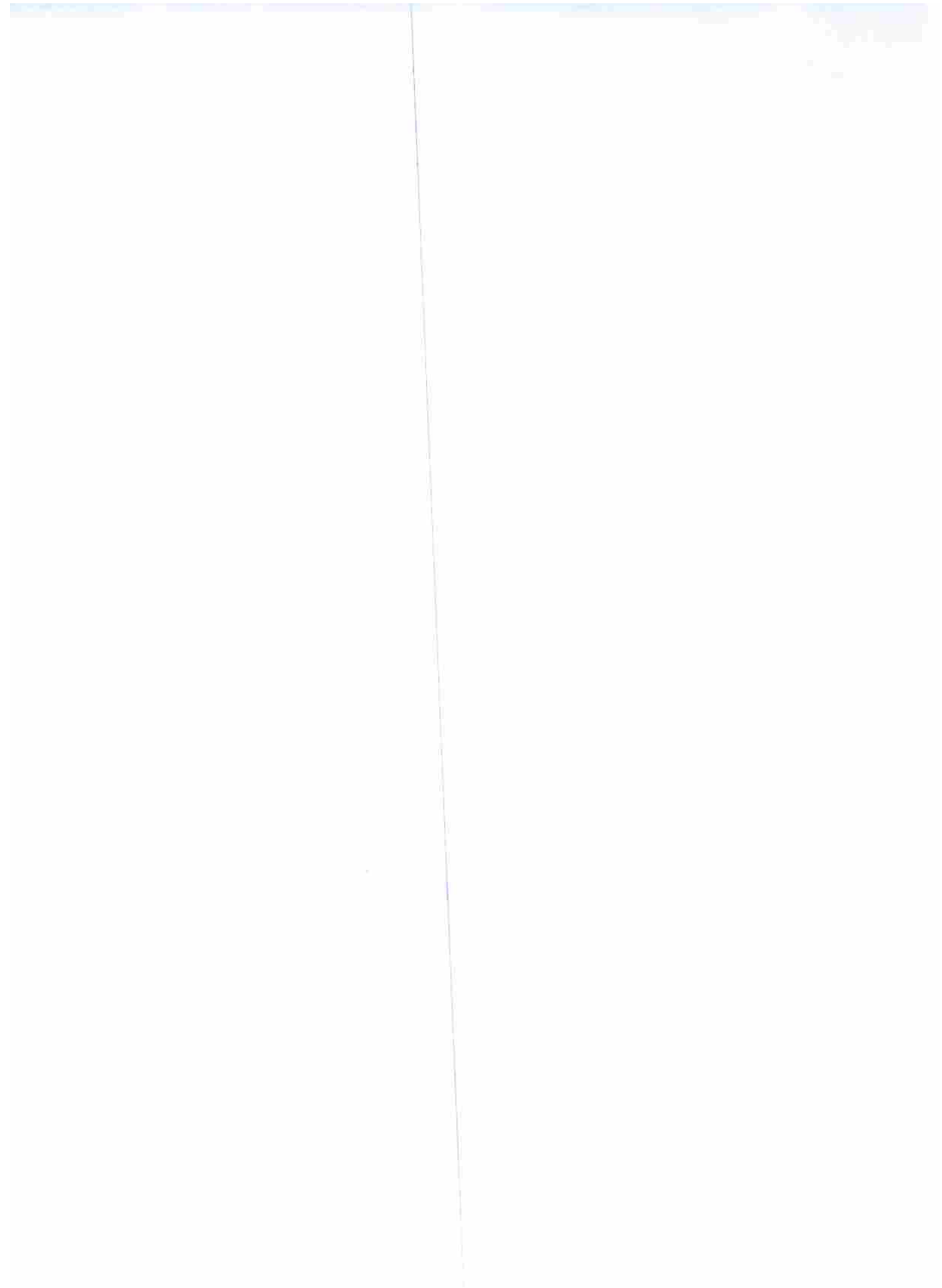
  
Alam Bruno Braz Santos Cap. QOPM  
Mat. 194.148-8  
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

Verificação de autenticidade na internet: <http://www.pm.rn.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Autenticação X48589688W	Número do Boletim: 94888	Número da Ocorrência: 467155	Data Registro: 08/03/2017	Hora Registro: 09:01:43	Número/Controle:
----------------------------	--------------------------	------------------------------	---------------------------	-------------------------	------------------

\*Somente possuem valor legal os pareceres que estejam assinados pelo chefe do setor ou auxiliar.

naufna





Avenida Presidente Bandeira, 375 – Alecrim  
CEP 59031-200 – Natal – RN – Fone: 4009-7777

## ATESTADO MÉDICO

ATESTO para os devidos fins que se fizerem necessários que o (a) Sr(a)  
PATRICIA DE OLIVEIRA MOURATO necessita de (15) dias de  
afastamento das suas atividades; a contar de hoje, por motivo de doença.  
Doença.

CID: 5430

Frederico de O. Lima  
Médico  
CRM 7514 - RN

28/3/17

## CLÍNICA HOPE

NOME: PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO

DATA: 23/03/2017

### RAIO-X DE OMBRO

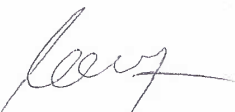
#### **LAUDO:**

*Textura óssea normal.*

*Superfícies e espaços articulares íntegros.*

*Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.*

*OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.*



**Dr. COSMO ALVES DE AQUINO**  
**MEDICO RADIOLOGISTA C.R.M - 4252**  
(TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA)

# CLÍNICA HOPE

NOME: PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO  
DATA: 23/03/2017

## RAIO-X DE OMBRO

### **LAUDO:**

*Textura óssea normal.*

*Superfícies e espaços articulares íntegros.*

*Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.*

*OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.*



**Dr. COSMO ALVES DE AQUINO**  
**MEDICO RADIOLOGISTA C.R.M - 4252**  
(TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA)

DROGARIA DUQUE DE CAXIAS LTDA ME  
RUA MACAIBA, 02 - CIDADE DA ESPERANÇA  
NATAL/RN - CEP: 59071-210 - F: 84 3205-566  
CNPJ: 06.961.894/0001-62  
IE: 20.099.149-3  
IM: 152.543-3  
02/03/2017 20:12:28 CCF: 10583 COD: 20.486  
**CUPOM FISCAL**  
ITEM CODIGO DESCRICAO QTD UN VL UNIT R\$ ST VL ITEM(R\$)  
001 7898411816005 90211010 TIPOIA SIMPES MEDIC  
TAKE  
1UN X 22,00 05T18,00% 22,00  
002 7898714230504 1300401 30043099 MASSAGEDL POM  
ADA 30GRS  
1CX X 14,52 F1 14,52  
desconto -2,90 11,62  
003 7891010504779 1300900 30051090 BAND AID CAIX  
A C 10 UNIDADE  
1CX X 3,80 05T18,00% 3,80  
TOTAL R\$ 37,42  
CARTAO 37,42  
T5=05T18,00%  
Md5: 37E6C46C17CB35E75595C86796277564  
PV 0000863493  
Vendedor: 41 - GILZAIR MARTINS BEZERRA  
\*\* VOCE ECONOMIZOU R\$ 2,90 \*\*  
EGJJKLSO DBXD6KNA LE#XTQWF CGJBCFOT 9ATBTCCUEZSL  
BEMATECH MP-4000 TH F1 ECF-IF  
VERSÃO: 01.00.02 ECF: 004 LJ: 0001  
000000000000000000 02/03/2017 20:13:33  
FAB: BE091110100011264142

DROGARIA CANINDE  
DROGARIA KELLYSON LTDA - ME  
AV MIG. CASTRO 702, NOSSA SRA. DE NAZARE-NATAL/RN  
CNPJ: 20.085.439/0001-71 IE: 20.407.507-6  
29/03/2017 16:56:57 CCF: 105464 COD: 138323  
**CUPOM FISCAL**  
ITEM CODIGO DESCRICAO QTD UN VL UNIT R\$ ST VL ITEM(R\$)  
001 07891317103323 BETATRINTA INJ.  
1 UND X 18,91 F1 A 18,91  
TOTAL R\$ 18,91  
CARTAO 18,91  
MD5: f5156a287a842c1b83b6b725cacb9615d  
CLIENTE BALCAO  
Ven: 0014 RAFAEL  
SAMPAIO CORREIRA N 8 A  
QUINTAS - Fone: 8488614146  
Val Aprox Tributos R\$ 0,00 (0,00%) Fonte (IBPT)  
PV0000069690  
\*\* LAUDO: UNP1602015 \*\*  
131 33F7F 376E8 17707F A1 E28174 3D631 272C9 0E1  
DARUMA AUTOMACAO MACH 1  
ECF-IF VERSÃO: 01.00.00 ECF: 001 LJ: 0001  
EEEEEEEEFBJFFGDCRE 29/03/2017 16:57:32  
FAB: DR0814BR000000418824

DROGARIA CANINDE  
DROGARIA KELLYSON LTDA - ME  
AV MIG. CASTRO 702, NOSSA SRA. DE NAZARE-NATAL/RN  
CNPJ: 20.085.439/0001-71 IE: 20.407.507-6  
29/03/2017 16:57:35 GNF: 030345 COD: 138324  
CDC: 0012

**NÃO É DOCUMENTO FISCAL**  
**COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO**  
**CARTÃO**  
1ª VIA

COD do documento vinculado: 138323  
Valor da compra R\$ 18,91  
Valor do pagamento R\$ 18,91

REDE  
HIPERCARD  
COMPR: 752457450 VALOR: 18,91  
ESTAB: 050230760 DROGARIA KELLYSON  
29.03.17-17:14:15 TERM: PV836695/014031  
CARTÃO: xxxxxxxxxxxx6152  
AUTORIZACAO: 053009  
ARQC: CA58FF63B834D670  
TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE  
USO DE SENHA PESSOAL.

(CUPOM FISCAL: 138323)  
(NSU D-TEF : 014031)

REDE  
HIPERCARD  
COMPR: 752457450 VALOR: 18,91  
ESTAB: 050230760 DROGARIA KELLYSON  
29.03.17-17:14:15 TERM: PV836695/014031  
CARTÃO: xxxxxxxxxxxx6152  
AUTORIZACAO: 053009  
ARQC: CA58FF63B834D670  
TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE  
USO DE SENHA PESSOAL.

(CUPOM FISCAL: 138323)  
(NSU D-TEF : 014031)



## RECIBO



Recebi do Sr. (a) **PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO** CPF:04919827474, a importância de R\$ **600,00** (SEISCENTOS REAIS) em 31/03/2017 referente a(ao) **RESSONANCIA MAGNÉTICA DE OMBRO ESQUERDO** do paciente: **PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO**

NATAL, 31 de Março de 2017.  
L. R. S. Filho Hospitalar  
CNPJ: 24.366.908/0001-81

*Luiz Rodrigues da S. Filho*

**Pronto Neuro**  
**CNPJ: 2436699080001/81**



Multimedical  
Av. Presidente Bandeira, 375  
Alecrim CEP: 59031-200  
Natal/RN (84) 4009-7777

CRÍTICA DO FATURAMENTO POR  
PACIENTE

Data	Exame	Convênio	Valor Med.Exec.	Med.Conv.	Med.Solic.	Paciente
------	-------	----------	-----------------	-----------	------------	----------

ORTOPEDIA

28/03/2017	ORTOPEDIA	SEMPRE	90,00	FRED	FRED	FRED	PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO
------------	-----------	--------	-------	------	------	------	------------------------------

Sub-Total: R\$ 90,00

Total: R\$ 90,00

Seguradora Líder-DPVAT | Seguro | <https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo>

Para acessar rapidamente, coloque os seus favoritos aqui na barra de favoritos. Importar favoritos agora...

### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas  
Documentos Invalidez Permanente  
Documento Morte  
Dicas Indispensáveis

### PAGUE SEGURO

Como Pagar  
Consulta a Pagamentos Efetuados  
Informações Gerais

### ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

#### SINISTRO 3170246095 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO  
**COBERTURA** Invalidez  
**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** ARUANA SEGUROS S/A  
**BENEFICIÁRIO** PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO  
**CPF/CNPJ:** 04919827474

**Posição em 18-05-2017 15:33:03**  
Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.  
Valor: R\$ 1.687,50  
O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacão	Juros e Correção	Valor Total
17/05/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Seguradora Líder-DPVAT | Seguro | <https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo>

Para acessar rapidamente, coloque os seus favoritos aqui na barra de favoritos. Importar favoritos agora...

### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas  
Documentos Invalidez Permanente  
Documento Morte  
Dicas Indispensáveis

### PAGUE SEGURO

Como Pagar  
Consulta a Pagamentos Efetuados  
Informações Gerais

### ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

#### SINISTRO 3170246411 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO  
**COBERTURA** Dams  
**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** ARUANA SEGUROS S/A  
**BENEFICIÁRIO** PATRICIA DE OLIVEIRA MACHADO  
**CPF/CNPJ:** 04919827474

**Posição em 18-05-2017 15:37:14**  
Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.  
Valor: R\$ 656,33  
O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacão	Juros e Correção	Valor Total
15/05/2017	R\$ 656,33	R\$ 0,00	R\$ 656,33