



Número: **0855244-85.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 14.160,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALEXANDRE CRUZ DA SILVA (AUTOR)		ISLAYNNE GRAYCE DE OLIVEIRA BARRETO (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53931785	04/03/2020 16:04	Petição	Petição
53931788	04/03/2020 16:04	2602230_JUNTADA_DE_DOCS_PROTOCOLADA_01	Outros documentos
53931791	04/03/2020 16:04	2602230_JUNTADA_DE_DOCS_PROTOCOLADA_Anexo_02	Outros documentos

Juntada de liquidação de pagamento.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 24ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 0855244-85.2017.8.20.5001

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALEXANDRE CRUZ DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer a juntada dos inclusos documentos que se referem ao requerimento administrativo formulado em razão de invalidez permanente, o qual restou cancelado.

Já em relação ao reembolso de despesas médicas cumpre informar que não houve pedido na esfera administrativa.

Certo de ter cumprido com a determinação deste juízo, requer o prosseguimento da demanda.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 2 de março de 2020.

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN



Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2017

Carta nº: 11874122

A/C: ALEXANDRE CRUZ DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170568267 ASL-0409288/17

Vítima: ALEXANDRE CRUZ DA SILVA

Data Acidente: 14/02/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01295/01296 - carta_01



Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2017

Carta nº: 11873808

A/C: ALEXANDRE CRUZ DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170568267 ASL-0409288/17

Vítima: ALEXANDRE CRUZ DA SILVA

Data Acidente: 14/02/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 17/10/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 14/02/2015. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00079/00080 - carta_03



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ALEXANDRE CRUZ DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170568267**
Vitima: **ALEXANDRE CRUZ DA SILVA**
Data do Acidente: **14/02/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170568267**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12704611

Pag. 01953/01954 - carta_16 - INVALIDEZ

00030977



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros

Ass. Lider des
PVAI



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0409288/17
Vítima: ALEXANDRE CRUZ DA SILVA
CPF: 061.650.544-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 14/02/2015
Titular do CPF: ALEXANDRE CRUZ DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRE CRUZ DA SILVA : 061.650.544-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/10/2017
Nome: ALEXANDRE CRUZ DA SILVA
CPF: 061.650.544-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2017
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

ALEXANDRE CRUZ DA SILVA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo



SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA ALBERTO DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 16.02.2015 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 061.650.544-20

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) ALEXANDRE ROBERTO DA SILVA
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador
E-mail alexandrecruz140@outlook.com Tel 9871-1998
Data 05/10/2017 Assinatura Alexandre Cruz da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC NAVA DAS LARANJEIRAS
Atendente LUIZ Matrícula 872-155
Data 05/10/2017 Assinatura [Assinatura]



THE UNIVERSITY OF CHICAGO

EC:180

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
89800299

898002991276586

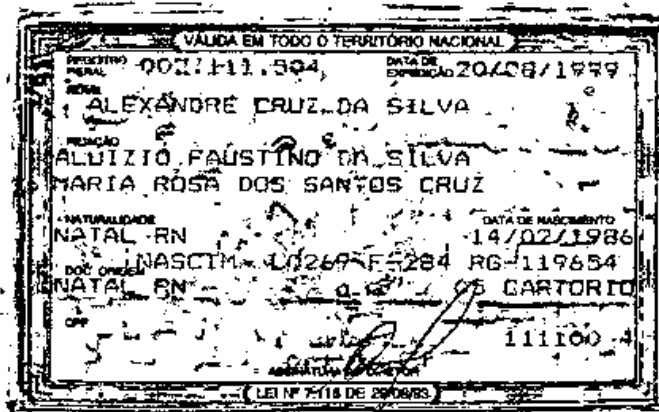
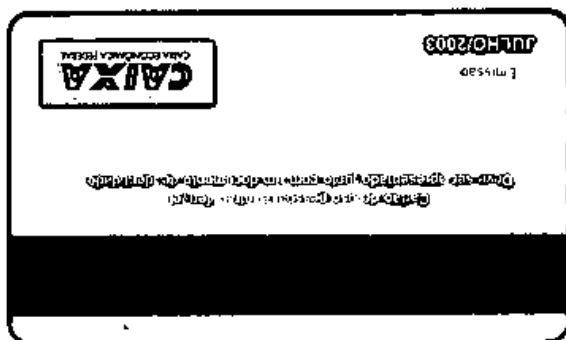
Nome: ALEXANDRE CRUZ DA SILVA
Data de emissão: 14/02/1986

Nome: ALEXANDRE CROZ
Data de nascimento: 14/02/1986
Data de ...

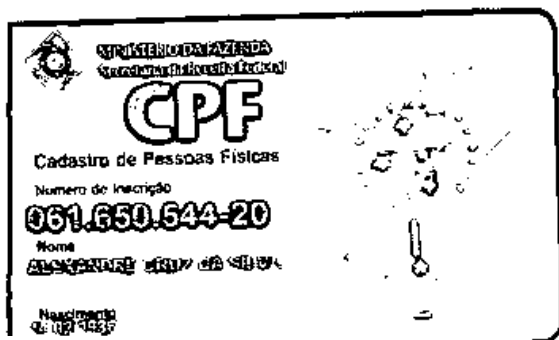
Data de emissão: 08/03/2012

Sexo : M
Município de residência : NATAL

UF : RM



17-001-2617 12:13 344121 101





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDE

Autorização de pagamento

AT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ALEXANDRE CAUZE DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 002 111 504EXPEDIDO POR ITEP RNEM 20/08/1999CPF 0061050544-20 / CNPJ 000000000-00 / 00-00, PROFISSÃOE RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA ALEXANDRE CAUZE DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos **não devem, de forma nenhuma**, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA 0034 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 73133-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Natal/RNDATA 05/10/17ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Alexandre Cauze da Silva

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 04/03/2020 16:04:07

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030416040742700000051980208>

Número do documento: 20030416040742700000051980208



RECEBIDO LÍDER PONT IF 14-03-2020 16:04:07 53931791





Documentação médico - hr

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHOBOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE ALEXANDRE CRUZ DA SILVA
DATA DE ENTRADA 14/02/2015 **HORA** 03:32 **Nº BAA** 70814
IDADE 29 **SEXO** M **ETNIA** Pardo **CARTÃO SUS** -
CPF - **RG** 2111504 **ESTADO CIVIL** Solteiro(a)
NOME DA MÃE MARIA ROSA DOS SANTOS
NOME DO PAI -
NASCIMENTO 14/02/1986 **NATURALIDADE** -
TELEFONE - **PROFISSÃO** -
RUA/AV. MANGABEIRA **Nº** 00
COMPLEMENTO - **BAIRRO** AREA URBANA
CEP - **CIDADE** Macaíba-RN
ORIGEM Outra **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Moto - Carro
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Zilvan

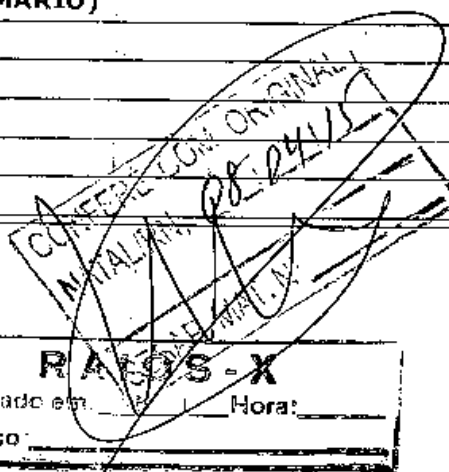
HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente relata ter sofrido queda de moto,
cassida pelo SPMU, em via de passagem de
rua e depois a 20 metros. Relata uso
de álcool.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Visão clara por via
B Ausculta. Cor. Externa.
C
D Colapso = 1
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES



SERVIÇO DE URGÊNCIA 15 17-02-2015 12:15 34

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATORIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
02:50	130/90			22	65		
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura 7							CID

Se
91

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A
B
C
D
E

A (ALERGIAS):

M (MEDICAÇÃO EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQU E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL):

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

RX TORAX PA
RX TÓRAX LATERAL PA e LATERAL
RX PÉ e TORNADOZOLA LATERAL e ANTERIOR

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Dr. Edson Montenegro
CRM 1760

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

OLHO: 10/10, 12/12, 12/12, 12/12
PULSO: 96 bpm, 60 bpm, 60 bpm
Pressão: 120/80 mmHg
Temperatura: 36,5°C
Saturação: 98%
Frequência cardíaca: 96 bpm
Frequência respiratória: 18 rpm
Frequência urinária: 1 vez
Frequência fecal: 1 vez
Frequência menstrual: 1 vez
Frequência de sono: 8 horas
Frequência de alimentação: 3 vezes
Frequência de higiene: 3 vezes
Frequência de atividade física: 30 minutos
Frequência de estresse: 1 vez
Frequência de ansiedade: 1 vez
Frequência de depressão: 1 vez
Frequência de insônia: 1 vez
Frequência de dor: 1 vez
Frequência de náusea: 1 vez
Frequência de vômito: 1 vez
Frequência de diarreia: 1 vez
Frequência de constipação: 1 vez
Frequência de febre: 1 vez
Frequência de tosse: 1 vez
Frequência de espirro: 1 vez
Frequência de coriza: 1 vez
Frequência de garganta: 1 vez
Frequência de dor de cabeça: 1 vez
Frequência de dor de dente: 1 vez
Frequência de dor de ouvido: 1 vez
Frequência de dor de pescoço: 1 vez
Frequência de dor de costas: 1 vez
Frequência de dor de pernas: 1 vez
Frequência de dor de braços: 1 vez
Frequência de dor de mãos: 1 vez
Frequência de dor de pés: 1 vez
Frequência de dor de cabeça: 1 vez
Frequência de dor de dente: 1 vez
Frequência de dor de ouvido: 1 vez
Frequência de dor de pescoço: 1 vez
Frequência de dor de costas: 1 vez
Frequência de dor de pernas: 1 vez
Frequência de dor de braços: 1 vez
Frequência de dor de mãos: 1 vez
Frequência de dor de pés: 1 vez

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: ORTOPEDIA	HORA: 4:25	DATA: 14/2
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

O encaminhamento do boletim de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribuindo para a melhoria da assistência ao usuário.

CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL. REQUISITE OS IMPRESSOS NA FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXE AO BOLETIM.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Salinho
DIVISÃO DE ENFERMAGEM

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Alexandre Luiz da Silva Reg. Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta punho (E) + Lesão
do tendão de flexores do PE (E)
Indicação terapêutica: _____

INTERVENÇÃO

INÍCIO: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: Ruogo

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Via de acesso – Incisão – Aspecto nos órgãos e lesões encontradas – Técnicas empregadas
e descrição dos processos – Ligaduras e suturas empregadas – Drenagem – Curativos
Diagnóstico Operatório – Prognóstico Operatório – Obs.: _____

- ① Pte em D.D.H. sob anestesia
- ② Anestesia + curativos
- ③ Limpeza C/S. F.O.G. abundante
- ④ Remoção de extensores do PE (E)
- ⑤ Aproximado de F.E. de punho (E)
- ⑥ Limpeza C/S. F.O.G.
- ⑦ Sutura
- ⑧ Curativo

ESTE HOSPITAL É MEU, É SEU, É NOSSO

SECRETARIA DE SAÚDE - RS 17-01/2012 12:19 344124 1/1





SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO - 1021002



PACIENTE ALEXANDRE CRUZ DA SILVA
CARTÃO SUS - Nº 1021002
IDADE 29 SEXO M ETNIA Pardo ESTADO CIVIL Solteiro(a)
NOME DA MÃE MARIA ROSA DOS SANTOS
NOME DO PAI
RUA/AV. MANGABEIRA Nº 00
COMPLEMENTO - BAIRRO AREA URBANA
CEP - CIDADE Macaíba-RN
ESPECIALIDADE Ortopedia UNIDADE Polítrauma LEITO 061
USUÁRIO Etzielle

ADMISSÃO 14/02/2015 07:07 ALTA / / ÓBITO / / DIAS DE PERMANÊNCIA

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura exposta perna @

DIAGNÓSTICO FINAL

Longexa + aproximação de F-6 an

perna @

Dr. Fernando M. Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.155

Natal, / /

Assinatura do médico responsável - CRM





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	CNES 2653923
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE ALEXANDRE CRUZ DA SILVA	Nº DO PRONTUÁRIO 1021002			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO 14/02/1986	SEXO MASCULINO	RACIA/COR PARDO	ETNIA
NOME DA MÃE MARIA ROSA DOS SANTOS	DDD	TELEFONE DE CONTATO		
RESPONSÁVEL	DDD	TELEFONE DE CONTATO		
ENDEREÇO (LOGRADOURO, Nº, COMPLEMENTO) MANGABEIRA, 00.				
BAIRRO AREA URBANA	MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA MACAÍBA	UF RN	CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Vítima de acidente de moto, apresenta fract. exposta punho @ + lesão dos extensores			
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO D. C + BF + PR			
PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVA DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) TKO crânio			
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Fratura de punho @	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
CLÍNICA POLITRAUMA	CARÁTER DA INTERNAÇÃO	DOCUMENTO () CNS () CPF	Nº DOCUMENTO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	DATA DA SOLICITAÇÃO 14/02/2015 07:07	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	

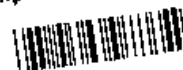
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

ACIDENTE () TRÂNSITO () TRABALHO TÍPICO () TRABALHO TRAJETO	CNPJ DA SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE
	CNPJ EMPRESA	CNAE DA EMPRESA	CBOR
VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	AUTORIZAÇÃO CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
DOCUMENTO () CNS () CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	

40 12/03





COMPTON CONTRATO REF: 21400
0115236016 09/2017
DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISITA PROXIMA LUTURIA
10/10/2017 13/10/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 128,32

000012325	UNCA	1209/2017
1208/2017	JD00071202	712703

TOTAL DA FATURA 128,32

DEMONSTRATIVO DE CANCELAMENTO DA FOLHA DE PONTA								AUS/TE	CONCASSADO (VOTO)
NO DO EMPREGADO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		DIAS CONSTANTE			
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
214057000	CEI	11/08/2011	3 997,00	12/08/2011	4 103,00	12	1 006,00		194,00

[illegible]

MAP 17 1:09
REV 17 1:50
AAR 17 1:58
DE 19 1:53
NOV 10 7:59
OCT 18 1:31
SET 16 1:06

0.41000000

RESERVED TO MDO

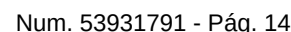
207B ARRF DCE4 21EC C8B1 8873 851F 0ADC

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Q paragonando de fatto l'andamento delle variabili economiche con quelle dei tassi di cambio, si può osservare che, mentre le variabili economiche tendono a essere più stabili nel tempo, i tassi di cambio sono più volatili. Questo è dovuto al fatto che i tassi di cambio sono influenzati da una serie di fattori, tra cui le politiche monetarie e fiscali dei paesi, le aspettative dei mercati finanziari e le relazioni internazionali. Inoltre, i tassi di cambio sono influenzati da fattori specifici del paese, come la struttura dell'economia e la posizione geografica. Pertanto, è importante considerare i tassi di cambio come una variabile che può variare significativamente nel tempo, anche se le variabili economiche tendono a essere più stabili.

UNION E FREQUENCIA DAS INTERPREÇÕES					MUNDO DE TRABALHO	
CONJUNTO	VALOR APRESENTADO	LIMITE INFERIOR	LIMITE TRANSIÇÃO	LIMITE SUPERIOR	TECNICA (PROBABILIDADE) (%)	LIMITE DE TOLERANCIA (%)
UNIC	TOTAL					
WTC	100017					
WTC	3,35	5,18	10,30	20,77		
Distric	3,00	5,11	5,25	12,75	770	202 731
	7,00	2,84	4,00	13,00		

STANDARD LITER POINTS 17-05-2017 12:15 249114 17



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, Alexandre Cruz da Silva

RG nº 002111504, data de expedição 20/08/99, Órgão HEP RN

CPF nº 061660544-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AVENIDA NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO</u>
Número	<u>829</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>FELIPE CAMARÃO</u>
Cidade	<u>NATAL</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59072-420</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 98777-1998</u>
E-mail	<u>alexandrucruz140@live.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Natal/RN 05-10-87

Assinatura do Declarante: Alexandre Cruz da Silva

SEMPRE LIGAR PARA 12-81-2612 1/1



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência



Eu, Alexandre Cruz da Silva, portador da carteira de identidade nº 002.111.504 e inscrito no CPF/MF sob o nº 061650344-20, residente e domiciliado na Av. Nossa Senhora do Livramento, 829, Cidade NATAL, Estado RN, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Alexandre Cruz da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

NATAL/RN, 05.10.2017

Local e data

SEGURADORA LÍDER DPVAT LT
17-10-2017 12:18:24 16 1-1





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



OCORRÊNCIA: 83318290
Comunicação: C1849762
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PRF: 1089545 - CARLOS ALEXANDRE PEREIRA RAMOS		Data/Hora do Acidente (hora local): 14/02/2015 02:18	BR: 226	KM: 2,5
Município/UF: MACAIBA/RN		Tipo de Acidente: Colisão frontal	Sentido da Via: Decrescente	
Fase do dia: Plena noite	Condições da Pista: Seca	Restrições de Visibilidade: Inexistente		
Sinalização existente: Vertical/Horizontal	Sinalização luminosa: Inexistente	Condição meteorológica: Céu Claro		
Houve danos ao patrimônio da União? Não				
Houve solicitação de perícia? Não				
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não				

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA:

Uso do Solo: Urbano	Tipo de Localidade: Residencial			
Existe acostamento? Sim	Estado de Conservação: Bom	Há desnível? Sim	É pavimentado? Sim	Largura (m): 2
Possui defesa? Não existe	Possui meio-fio? Conservada(o)	Possui sarjeta? Conservada		
Existe canteiro central? Não	Estado de Conservação:	Largura (m): 0	Tipo de Inclinação:	
Obstáculo ao Cruzamento: Não Informado	Estado de Conservação do Obstáculo:			
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Regular		Ocupação: Livre		
Cerca: Não existe	Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom		Tipo: Simples	Qtd. de Faixas: 2
Tipo de Pavimento: Asfalto	Perfil: Em nível	Traçado: Reta	Curva Vertical:	Superelevação: Não
Superfargura: Não	Largura da Pista (m): 6,5	Estreitamento: Não Existe		

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/03/2015 14:27:31
NÚMERO DE CONTROLE: ea81515712ca3910

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 1 de 8





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83318290
Comunicação: C1849762
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PROQ01

Local: Parcialmente Desfeito

Local da Colisão

LEGENDA:

- Automóvel
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Capotagem
- Caminhão
- Tombamento
- Incêndio
- Local da colisão
- Marcha à ré
- Placa de Trânsito
- Trem
- Conjugado
- Objeto Fixo
- Ponto A'
- Ponto A
- Antes da Colisão
- Marca de Frenagem
- Veículo Ausente
- Reboque/Semi-reboque
- Triângulo de Amarração
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Patinação ou Derrapagem
- Deposito da Colisão

Latitude do Ponto C: Longitude do Ponto C:

Referência do Ponto A/A': Referência do Ponto B:

Distância AB (m): Distância AC (m): Distância BC (m):

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

Conforme declararam os condutores envolvidos, o v1 ao sair da curva, perdeu o controle de direção, colidindo frontalmente no v2, que transitava no sentido inverso.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: 008-2599 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 9C2KC1580FR544502 Renavam: 01028974377

Marca/Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI Cor: PRETA Ano: 2015 Tipo: Motocicletas Emplacamento: NATAL/RN

Ocupantes: 1 Espécie: Categoria: Particular

Proprietário: JOSE REGINALDO FERREIRA DA SILVA CPF/CNPJ: 000.000.000-00

Endereço: CEP:

Município/UF: Telefones:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:

Origem: NATAL/RN - BRASIL Destino: MACAIBA/RN - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Transitava em sentido oposto Salida de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Sim

Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não

Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

PREÇOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento da Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$

Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:

Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável:

Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprt.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/03/2015 14:27:31

NÚMERO DE CONTROLE: aa8151572ca3910

*Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 2 de 8





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83318290
Comunicação: C1849762
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

Forma de Acesso: Web

Veículo: V2/MYP-9007	
Nome/Apelido: TIAGO NAZARENO DE OLIVEIRA	
Data de Nascimento: 24/10/1966	Sexo: Masculino Estado Civil: Casado
Nome do Pai: ANTÔNIO PINTO DE OLIVEIRA	
Nome da Mãe: FRANCISCA PINHEIRO DE OLIVEIRA	
Endereço: R 01 INDA - NUM. 3	CEP: 59.070-370
Município/UF: NATAL/RN	Telefones:
Naturalidade: NATAL/RN	Nacionalidade: BRASIL
CPF: 408.194.944-68	Documento de Identificação: 694519
Orgão Expedidor: ITEP /RN	Grau de Instrução: Fundamental
Ocupação Principal: OUTRAS OCUPACOES NAO	Destino: 1
Origem:	Estado Físico: Iluso
Existe Declaração em Anexo? Não	Socorrido pela PRF? Não
Transcrição da Declaração:	Usava Cinto? Sim
	Usava Capacete? Não Aplicável
	Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Não
Condutor é Habilitado? Sim	Categoria CNH: AE
Validade CNH: 17/03/2016	Registro CNH: 0121452230 /RN
Pertences:	Primeira Habilitação: 04/04/1986
Informações Complementares:	Pais CNH:
	Dormia? Não
	Km Percorridos:
	Horas Dirigindo: Ignorado
INFORMAÇÕES DO RECEPTOR	
Tipo de Receptor:	Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:	Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF:	Motivo:
Descrição do	

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/03/2015 14:27:31
NÚMERO DE CONTROLÊ: ea815f572ca3910

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 4 de 8





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCCORRÊNCIA: 83318290
Comunicação: C1849762
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULO ENVOLVIDO

Placa: MYP-9007 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 9BWEB05W66P030268 Renavam: 00879021748
Marca/Modelo: VW/SAVEIRO 1.6 Cor: BRANCA Ano: 2006 Tipo: Carinhonete Emplacamento: NATAL/RN
Ocupantes: 2 Espécie: Categoria: Particular
Proprietário: Natal Service Ltda CPF/CNPJ: 08.412.520/0001-13
Endereço: CEP:
Município/UF:
Telefones:
COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: NATAL/RN - BRASIL Destino: NATAL/RN - BRASIL

ESTADO DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Transitava em sentido oposto Saída de Pista? Não Derapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não
Marcas de Freios (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom
Descrição do Recolhimento:
PILÓTO DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga:
ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:
CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: VIAGGS-2539
Nome/Apelido: ALEXANDRE CRUZ DA SILVA
Data de Nascimento: 14/02/1986 Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro
Nome do Pai: ALUIZIO FAUSTINO DA SILVA
Nome da Mãe: MARIA ROSA DOS SANTOS CRUZ
Endereço: RNS DO LIVRAMENTO - NUM. 829, FELIPE CAMARÃO CEP: 59.072-420
Município/UF: NATAL/RN Telefones:
Grau de Instrução: Fundamental
Naturalidade: NATAL/RN Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: OUTRAS OCUPACOES NAO
CPF: 061.650.544-20 Documento de Identificação: 002111504 Órgão Expedidor: Rep /RN
Origem:
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usa Cinto? Não Aplicável Usa Capacete? Sim
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Sim
Transcrição da Declaração:
Conduzir é Habilitado? Não Categoria CNH: Registro CNH: Primeira Habilitação:
Validade CNH: País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences:
Informações Complementares:
ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção: Data/Hora da Recepção (hora local):
Documento do Responsável:
Município/UF: Motivo:
Descrição do

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dpr.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/03/2015 14:27:31
NÚMERO DE CONTROLE: 0a81515712ca3910

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 3 de 3





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83318290

Comunicação: C1849762

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V1 / HONDA/CG150 FAN ESDI Placa: QGB-2539
Nome do Agente/Assinatura: CARLOS ALEXANDRE PEREIRA RAMOS Nº BOAT: B3318290
Registro/Matrícula do Agente: 1069545 Data: 14/02/2015 02:18

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc.)	2		X	
3	Amortecedor(es) tras. (Inclusiva fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro.	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc.)	2		X	
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1	X		
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2	X		
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
Descrição - Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesa sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" E "NA" :				6	

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☒ Dano de Pequena Montante: até 15 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- ☐ Dano de Média Montante: acima de 15 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- ☐ Dano de Grande Montante: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independentemente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/03/2015 14:27:31

NÚMERO DE CONTROLE: ea815f57f2ca3910

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 6 de 8



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 04/03/2020 16:04:07
<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030416040742700000051980208>
Número do documento: 20030416040742700000051980208

Num. 53931791 - Pág. 21



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83318290
Comunicação: C1849762
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS															
Veículo: V2 / VW/SAVEIRO 1.6										Placa: MYP-9007					
Nome do Agente/Assinatura: CARLOS ALEXANDRE PEREIRA RAMOS										Nº BOAT: 83318290					
Registro/Matrícula do Agente: 1069545										Data: 14/02/2015 02:16					
Item	Descrição do componente	Valor	SIM	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	SIM	Não	NA				
1	Teto	1		X		26	Longarina traseira esquerda	3		X					
2	Cepô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X					
3	Panela corta fogo	3		X		28	Assoalho portanetas / Assoalho	1		X					
4	Panela dianteira	1		X		29	Caixa de rodas traseira direita	3		X					
5	Quadro / Suporte do motor	2		X		30	Longarina traseira direita	3		X					
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3		X		31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X					
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1		X		32	Suspensão traseira direita	2		X					
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1		X					
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1		X					
10	Suspensão dianteira esquerda	2		X		35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X					
11	Coluna dianteira externa esquerda	1		X		36	Porta traseira direita	1		X					
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3		X		37	Coluna central externa direita	1		X					
13	Porta dianteira esquerda	1		X		38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X					
14	Solreia externa esquerda	1		X		39	Solreia externa direita	1		X					
15	Solreia externa e estrutura esquerda	3		X		40	Solreia externa e estrutura direita	3		X					
16	Assoalho central esquerdo	3		X		41	Assoalho central direito	3		X					
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1		X					
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1		X					
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3		X					
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1		X					
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2		X					
22	Lateral traseira esquerda	1	X			47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3		X					
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X					
24	Tampa traseira	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":			3						
25	Panela Traseira / divisor	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":			0						
									Total de pontos "SIM" + "NA":			3			
ITENS NÃO PONTUÁVEIS															
Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO								
49	Air Bag Motorista		X	55	Faróis		X								
50	Air Bag Passageiro		X	56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X								
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X								
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X								
53	Pára-brisa		X	59	Rodas/pneus		X								
54	Vidros laterais e/ou traseiros		X												
CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO															
Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo															
☒ Dano de Pequena monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".															
☐ Dano de Média monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".															
☐ Dano de Grande monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".															
Observações:															
Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM															
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO															
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.															
SIM = Item danificado no acidente NÃO = Item não danificado ou não existente NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)															

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprt.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/03/2015 14:27:31
NÚMERO DE CONTROLE: eaB15f572ca3910

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA".

Página 6 de 6





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83318290
Comunicação: C1849762
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V2 / VW/SAVEIRO 1.6

Placa: MYP-9007

Nome do Agente/Assinatura: CARLOS ALEXANDRE PEREIRA RAMOS

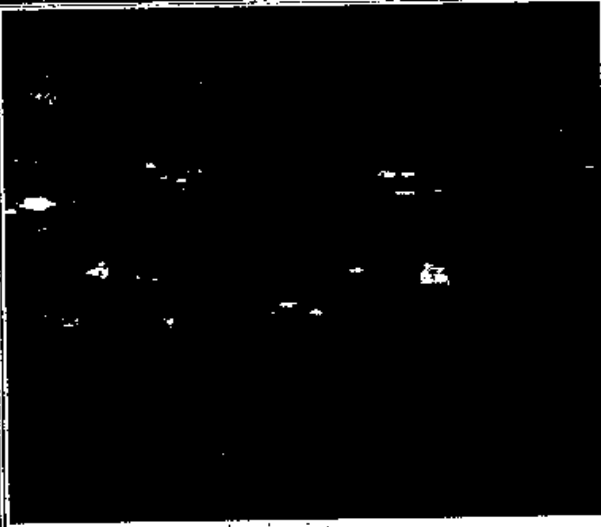
Nº BOAT: 83318290

Registro/Matrícula do Agente: 1069545

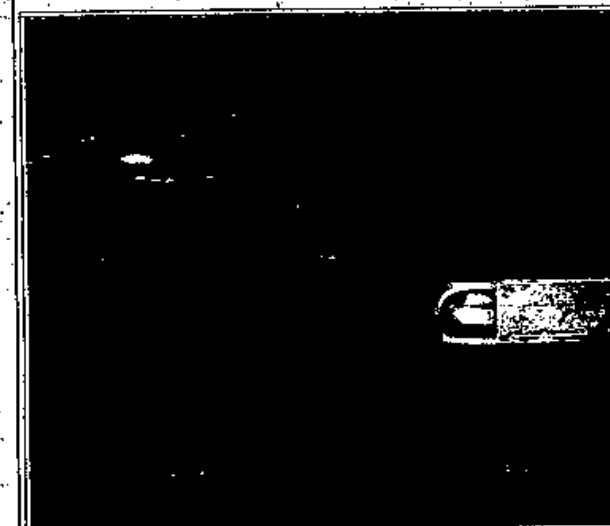
Date: 14/02/2015 02:18



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/03/2015 14:27:31
NÚMERO DE CONTROLE: ea815f57f2ca3910

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 7 de 8





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83318290

Comunicação: C1849762

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V1 / HONDA/CG150 FAN ESD

Placa: OGB-2539

Nome do Agente/Assinatura: CARLOS ALEXANDRE PEREIRA RAMOS

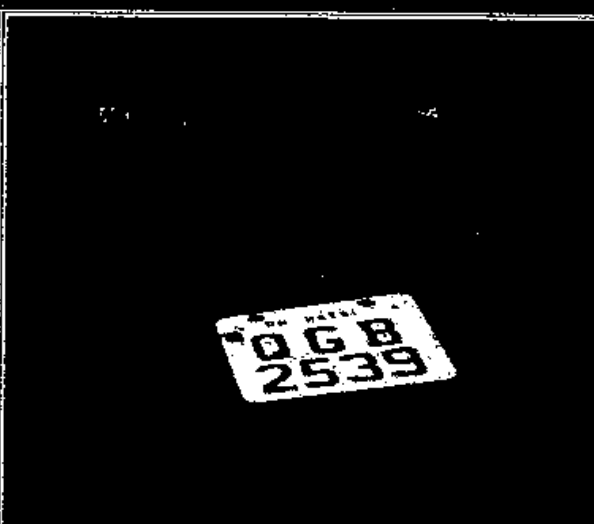
Nº BOAT: 83318290

Registro/Matricula do Agente: 1069545

Data: 14/02/2015 02:18



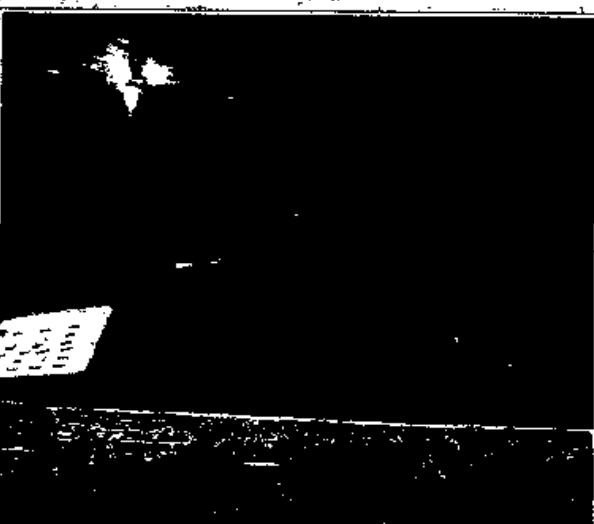
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/03/2015 14:27:31

NÚMERO DE CONTROLE: ea815f72ca3910

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 8 de 8

