

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: 22/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AROLDO DO NASCIMENTO CARDOSO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000170357-0

Nr. da Autenticação 6BB38FF7F711193E

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180472346 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AROLD DO NASCIMENTO CARDOSO **Data do acidente:** 27/02/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Erik Mayk A. Marques dos Santos
RG nº 00260477, data de expedição 1/1/
Órgão Itap, portador do CPF nº 046.663.761-60, com
domicílio na cidade de Natal, no Estado de
Rio grande do norte onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
2 dias salubr 2973, nº 2973
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima André do Nascimento Cardoso, cujo o condutor era
André do Nascimento Cardoso.

Veículo: moto

Modelo: london

Ano: 2014/2015

Placa: OWC-0846

Chassi: 966K60230F0090569

Data do Acidente: 27/02/2018

Local e Data: Av. maria negacis quintos no data 27/02/2018

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Reconheço a(s) firma(s) por AUTENTICIDADE

Erik Mayk A.
Marques dos Santos.

Redinha: 20 JUL 2018

Em Testemunho da Verdade

JOSIANE FERNANDES RODRIGUES
Autorizada



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 002.094.016 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/09/2008

NOME AROLD DO NASCIMENTO CARDOSO

FILIAÇÃO ARLINDO ALVES CARDOSO MARIA EUGENIA DO NASCIMENTO CARDOSO

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO NATAL - RN 02/10/1983

DOC. ORIGEM CERT. DE NASCIMENTO L-4010 F-258 RS-4285 NATAL - RN-UNICO CARTORIO

CPF 059.113.664-03 3a. VIA

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO CENITICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

ARUANA

AROLD DO NASCIMENTO CARDOSO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ARUANA SEGUROS

08 OUT 2018

ARUANA SEGUROS
08 OUT 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

CARTERA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Clayton Taini Sôcio

POLEGAR DIREITO




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Registro Geral 008.128.894

CPF 04/05/2008

Nome Completo CLAYTON PETER GUAN

Nome CLAYTON PETER GUAN

Nome de Nascimento PETER SELVA

Sexo M

Data de Nascimento 21/12/1998

Local de Nascimento RUA DO NASCIMENTO 2-406 F-201 BR-5187

Endereço RUA DO NASCIMENTO 2-406 F-201 BR-5187

CPF 008.128.894

Assinatura do Titular

LEI Nº 2.119 DE 2008

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN

Nº 012832771647

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

MA 000 RENAVAM 01275064490 2017

ERIK MAYK ALBUQUERQUE M. DOS SANTOS

046.663.761-60 046.663.761-60

046.663.761-60 046.663.761-60

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/RAO APLICAVE GASOLINA

YAMAHA/LANIER XT250 2014 2015

CCV/233 CILINDRADAS PARTICULARES 1200W

IP	RG 0.00	08/03/2017	1º PAGO
V	FAIXA 1/2 A	PARCELAMENTO/COTAS	2º PAGO
A	010604 3X	R\$ 4.000,00	3º PAGO

TAXAS DETRAN: PAGO 1º PAGO 2º PAGO 3º PAGO

MOTOR: G373E-044308

NATAL/RN 19 DE 2017

Sigla do Estado de São Paulo
Código do Registro de Veículo
DETRAN - SP

ARUANA SEGUROS
08 OUT 2018



Seguradora Lider - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Armando do Nascimento

DATA DO ACIDENTE 27.02.2018 CPF DA VITIMA 059.113.604-03

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO CLEZANNY FREIRE SILVA

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É PROCURADORA

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA BELA VISTA

Nº 13 COMPLEMENTO PRAIA BAIRRO BUZIOS

CIDADE MISIA FLORESTA UF RN CEP 59.184-000

E-MAIL smeservicocsm@gmail.com TELEFONE (84) 3206-3717/99609-9481

Marque (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL))

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE - R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (PREMIOBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 28/02/18

IDENTIDADE 003.128.894

ASSINATURA Cleanny Freire Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 08/10/2018

NOME Yveline Gomey

ASSINATURA [Assinatura]

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 059.113.604-03	Nome completo da vítima André do Nascimento Cardoso
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo André do Nascimento Cardoso		CPF titular da conta 059.113.604-03	Profissão Pescador
Endereço Rua Dr. João M. Filho		Número 2470	Complemento
Bairro Piedade	Cidade Natal	Estado RN	CEP 59.132-005
Email smservicosrn@gmail.com		Telefone (DDD) (84)99608-9481/(84)3206-3717	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 2010 D/V CONTA NRO. 000170357 D/V		BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Ubatã 04 de Outubro de 2018
Local e Data

André do Nascimento Cardoso
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA

11

pelo
ido após
ção dos

elogios

474





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 - 98610

1 - LOCAL E DATA

Local AV. DR. MARIO NEGÓCIO Bairro DUINTAS
Cidade/UF NATAL RN P. Ref. IMBEL 1792
Data 27/02/2018 Hora do acidente 18:31 Hora do registro 19:20 Dia da semana TERÇA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi RGH 4466 Cidade RECIFE UF PE
Marca/Mod. HYUNDAI ARA 2D Cor PRETA Ano 2013 / 2014
Proprietário EDUARDO MELO RODRIGUES DE ALMEIDA N° de Ocupantes 02
Condutor D MESMO Data de Nasc. 28/06/1993
Endereço AV. BOA VIAGEM, AP. 14 N° 6234 Fone (81)99194-9413
Bairro BOA VIAGEM Cidade RECIFE UF PE
CPF N° 046.961.974-03 CNH N° 054.558.728-10 Validade 01/02/2022 Categoria "B"
Local de Trabalho "GRUPAMENTO FUZILHEIROS NAVAIS" Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

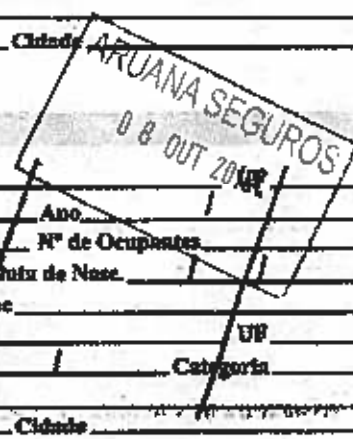
Placa ou Chassi EYK 7154 Cidade RECIFE UF MG
Marca/Mod. HYUNDAI AB 2D Cor BRANCA Ano 2016 / 2017
Proprietário MOVILIA REPARAÇÃO DE VEÍCULOS S.A. N° de Ocupantes 0
Condutor BRUNO CESAR NORATO DE MEDEIROS Data de Nasc. 22/10/1984
Endereço R. DR. MARIO NEGÓCIO N° 1796 A Fone 84.901178560
Bairro DUINTAS Cidade NATAL UF RN
CPF N° 056.999.244-97 CNH N° 043.935.204 Validade 17/09/2018 Categoria "AB"
Local de Trabalho "AUTÔNOMO" Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi DWC 0846 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. YAMAHA TANDER XTZ 250 Cor LAGARTIXA Ano 2014 / 2015
Proprietário ERIK MAYK ALBUQUERQUE M. DOS SANTOS N° de Ocupantes 02
Condutor ARLINDO DO NASCIMENTO CARDOSO Data de Nasc. 02/10/1983
Endereço AV. DR. JOÃO MEDEIROS FILHO N° 8870 Fone 84.96632-2796
Bairro PERINHA Cidade NATAL UF RN
CPF N° 099.113.604-03 CNH N° 049.121.221-56 Validade 14/04/2020 Categoria "AB"
Local de Trabalho "AUTÔNOMO" Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____
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 _____



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. DR. MARIO NEGÓCIO

Em que sentido? AVELIM / OUNTAS

Em que faixa? DO CENTRO

Versão do condutor: RELATA QUE TRANSITAVA NORMALMENTE, EM BAIXA VELOCIDADE, VISUALIZOU A INTENÇÃO DE MUDAR DE FAIXA PARA ESTACIONAR O VEÍCULO (V1), MOMENTO ESTE EM QUE FOI SURPREENDIDO POR V2 EM ALTA VELOCIDADE PASSANDO PELO DIREITO NO SEU PONTO CEGO, QUE COLIDIU NA SIDA DIANT. DIREITA E FOI PROJETADO EM V2, QUE ESTAVA ESTACIONADO, DESTRUINDO NESTE APENAS PARTES MATERIAIS.

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. DR. MARIO NEGÓCIO

Em que sentido? AVELIM / OUNTAS

Em que faixa? DA CIDEIRA

Versão do condutor: INFORMA QUE ESTAVA NO INTERIO DE SUA RESIDÊNCIA QUANDO OUVIU O BARULHO DA COLISÃO, DESCEU E PERCEBEU QUE HAVIAM COLIDIDO EM SEU VEÍCULO QUE SE ENCONTRAVA ESTACIONADO.

Assinatura do Condutor do V2

BRUNO CESAR NONATO DE MEDEIROS

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. DR. MARIO NEGÓCIO

Em que sentido? AVELIM / OUNTAS

Em que faixa? DA CIDEIRA

Versão do condutor: RELATA QUE TRANSITAVA NORMALMENTE QUANDO VISUALIZOU VI AVEN- TANDO A VIA ACIMA CITADA, QUE PORTOU LUZES E CUIDANDO PARA O MESMO, E FOI ULTRAPASSADO PELA CIDEIRA E AO FAZ-LO FOI SURPREENDIDO POR VI PUXANDO REPTENTAMENTE SEU VEÍCULO, DISTRUINDO ASSIM A SUA PASSA- GEM. POR ESSE MOTIVO MUDOU A COLISÃO DE VI EM V3 PROJETANDO ESTE EM DIREÇÃO A V2.

Assinatura do Condutor do V3

PROL DO DO NOMEAMENTO CADA

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor



Assinatura do Condutor do V4

1 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
☐ Amanhecendo	☒ Bom	☒ Asfalto	☐ Reta	☒ Seca	☐ Inexistente
☐ Pleno Dia	☐ Nublado	☐ Paralelepípedo	☐ Curva	☐ Molhada	☐ Do Agente de Trânsito
☐ Anoitecendo	☐ Chuva	☐ Concreto	☐ Aclive Íngreme	☐ Inundada	☐ Do Semáforo
☒ Noite c/ Iluminação	☐ Nebulosa	☐ Cascalho	☐ Aclive Suave	☐ Poças D'água	☐ Falha de Pedestre
☐ Noite s/ Iluminação	☐ Outros	☐ Terra	☐ Declive Íngreme	☐ Oleosa	☒ Linha <u>DESCONTINUA</u>
☐ Iluminação Deficiente		☐ Outros	☒ Declive Suave	☐ Enlameada	☐ Placa(s)
			☐ Lombada	☐ Em Obras	☐ Lombada eletrônica
			☐ Cruzamento	☐ Com Buraco	☐ Vel. Máx. Perm. <u> </u> KM/H
			☐ Rotatória	☐ Com Areia	
			☐ Retorno		
			☐ Entroncamento		
			☐ Bifurcação		

2 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

LEGENDA:

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

ACIDENTE: VEÍCULO 1396-8 VEÍCULO 1392-4

LOCAL: ALGUM

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

BRANCA DIR.; FAROL DIR.; PARACHE.
DIV. INT.; PARTES INTERIORES E MECÂNICAS
A VER.

ASS. [assinatura]

AVARIAS DO VEÍCULO 3

DS 2 DETRONISORES; OLHAR DIR.; MANETE
DIR.; CARENAGEM TAMB.; LADO DIR.;
CARENAGEM INT. ESQ.; GILLOD;
PARTES MECÂNICAS E ELÉTRICAS
A VER.

ASS. [assinatura]

AVARIAS DO VEÍCULO 2

PARACHE. TRAS.

ASS. BRUNO CESAR

AVARIAS DO VEÍCULO 4

ASS. [assinatura]

ARUANA SEGUROS
 0.8 OUT 2018

11 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: D.S. ELOVIS SARDAD
Nome: MARIA CLAUDIANE NUNES BATISTA
RG N°: 003.642.880 Órgão Expedidor: ITEP Data de Nascimento: 02 / 08 / 1958
Endereço: AV. GERAL DO PAULO SILVA Nº: 15-A Fone: 84.99104-5950
Bairro: PRETAS Cidade: SILVANIA UF: PA
Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____
12 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: D.S. ELOVIS SARDAD
Nome: ARLINDO DO NASCIMENTO CARDOSO
RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: 02 / 10 / 1963
Endereço: AV. DR. JOÃO MEDEIROS FILHO Nº: 2470 Fone: 84.98632-2798
Bairro: REDUHA Cidade: NATAL UF: RN
Versão: _____
VER VERSÃO COND. V3

Assinatura: _____ Hora: _____
13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Nome: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
RG N°: _____ Nº: _____ Fone: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
Bairro: _____
Versão: _____
Assinatura: _____ Hora: _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Nome: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
RG N°: _____ Nº: _____ Fone: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
Bairro: _____
Versão: _____
Assinatura: _____ Hora: _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
Nome: _____ RG N°: _____ Órgão Exp.: _____
Endereço: "SANTA PAZ" Nº: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

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

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
DUI POR RETIRADO DO PONTO DE COLISÃO PELO PRÓPRIO CONDUTOR. ESTE POR SUBMET-
TIDO AO TESTE DE RAFOMETRO (RES EM ANEXO) (2) V3 POR ENTREGUE AO SR. ARLINDO
NUNES CARDOSO (RG: 133.566 E CPF: 861.615.324-68) DAÍ DO CONDUTOR DE V3 E ESTE
TAMBÉM SE SUBMETEU AO TESTE DE RAFOMETRO (RES EM ANEXO) (3) OS COND. DE V1, V2
E V3 NÃO APRESENTARAM TESTEMUNHAS NO LOCAL DA DC.

ARQUIVADO
10 OUT 2018
AGÊNCIA SEGUROS

Nome Completo do Agente: FCS - GERALDO C. DE OLIVEIRA
OSTOGRAD: 1º SGT PM N°: 93.829 Viatura: AG-018 Substitui: ESP. AGUIA
Local e Data: NATAL 04 de 08 de 2018 Assinatura do Agente de Trânsito: FCS - GERALDO C. DE OLIVEIRA

Autenticação Número do Boletim: 98810 Número da Ocorrência: 258648 Data Registro: 09/03/2018 Hora Registro: 10:13:31 Número/Controle: 63ADE3D80571EDB6



**PREFEITURA DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 NATAL**



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **AROLDO DO NASCIMENTO CARDOSO**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 27/02/2018, aproximadamente às 18h35min, na Avenida Doutor Mário Negócio, Quintas, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 193191/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 18 de abril de 2018.


Everton da Silva Rocha
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal
Matrícula nº 61.096-08



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 193191/1

Data: 27/02/2018

CHAMADO

TARM: MARINA GABRIELE DE OLIVEIRA SEGUNDO

Rádio Operador: EWERTON ALEXANDRE VIEIRA SANTOS

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: USB 14 (BASE DESCENTRALIZADA NEÓPOLIS)

Médico Regulação: SANDERSON PALHARES FARIAS DE OLIVEIRA

Médico Cena: ALFREDO MÁXIMO GRILO JARDIM

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: EDIVALDO SOARES DA SILVA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
MARCOS CESAR DE SOUZA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM☒ REGULAÇÃO MÉDICA☐ TROTE☐ INFORMAÇÃO☐ ENGANO☐ TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: LUANA

Telefone: (84) 99880-6758

Nome do Paciente:

HAOLDO NACIMENTO CARDOSO

Idade: *

34 ANO(S)

Sexo: *

NÃO INFORMADO

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas
Latitude: Longitude:

Endereço: AVENIDA MÁRIO NEGOCIO

Bairro: QUINTAS

Outro Bairro:

Nº: VP

Referência/Complemento: PX ENTRADA DOS FUZILEIROS

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISÃO CARROXIMOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

27/02/2018 18:38:33 - Dr(a). SANDERSON PALHARES FARIAS DE OLIVEIRA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISÃO CARRO X MOTO - DUAS VÍTIMAS AO SOLO - CONSCIENTES E ORIENTADOS - PROVAVEL FRATURA DE EXTREMIDADES -

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: US8

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAIMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO

Apoio:

Agente de Trânsito, PRE

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
27/02/2018
18:35:56Saída Local:
27/02/2018
19:28:56Regulação Médica:
27/02/2018
18:38:34Chegada Destino:
27/02/2018
19:40:07Solicitação VTR:
27/02/2018
19:51:30Liberação Destino:
27/02/2018
19:56:56Saída VTR:
27/02/2018
18:51:42Liberação VTR:
27/02/2018
19:56:59Chegada Local:
27/02/2018
19:05:00

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

Sim * Não Não informado

CONDUITA

☒ Remoção

Conduta Médico Regulador:

27/02/2018 19:17:22 - ALFREDO MÁXIMO GRILLO JARDIM
HIDRAT RS

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WILFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE -

H. ligação ao serv prop.:

F:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

