



Número: **0800390-22.2019.8.20.5115**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Caraúbas**

Última distribuição : **21/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS (AUTOR)	LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
56738 331	15/06/2020 16:18	2726429_CONTESTACAO_Anexo_03

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03526-2

CONTA: 000010052046-4

Nr. da Autenticação 13D1444E5FB3E422



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 16:18:53
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061516185307400000054539267>
Número do documento: 20061516185307400000054539267

Num. 56738331 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180343123 Cidade: Apodi
Vítima: MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS Data do acidente: 26/04/2018
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA, NA DIÁFISE DO FÉMUR DIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DOR NO FÉMUR DIREITO, AO FORÇAR APOIO NO SOLO, MARCHA CLAUDICANTE E INSTABILIDADE EM LONGA PERMANÊNCIA EM PÉ. RETRAÇÃO CICATRICIAL E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR NO REFERIDO MEMBRO.

Resultados terapêuticos: DÉFICIT FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/03/2019

Conduta mantida:

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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180343123
Nome do(a) Examinado(a): Maria Daliane da Silva Dantas
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joel do Amaral Gurgel, 83
Leandro Bezerra Caraúbas RN CEP: 59780-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 003499251
Data local do acidente: [26/04/2018]
Data local do exame: [11/03/2019] Jucurutu [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA COMINUTIVA, NA DIÁFISE DO FÉMUR DIREITO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSINTSE DO FÉMUR DIREITO, FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS EVOLUIU COM DÉFICIT FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVÀ.
Data da Alta: 30/06/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA DOR NO FÉMUR DIREITO, AO FORÇAR APOIO NO SOLO, MARCHA CLAUDICANTE E INSTABILIDADE EM LONGA PERMANÊNCIA EM PÉ. RETRAÇÃO CICATRICIAL E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR NO REFERIDO MEMBRO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 16:18:53
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061516185307400000054539267>
Número do documento: 20061516185307400000054539267

Num. 56738331 - Pág. 3

05/07/2018

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDÓ,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 06.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gráfitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvíndia 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 - Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ROMA DAS CHAGAS DIAS
CPF: 099.974.874-27 NIS: 10549587286

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOEL DO AMARAL GURGEL 83
LEANDRO BEZERRAJAREÁ URBANA
59750-000 CARAÚBAS RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

25/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

14,44

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

18/06/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

18/06/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

008115377

Série: U

CONTA CONTRATO

007005237615

Nº DO CLIENTE

3001024264

Nº DA INSTALAÇÃO

0902300493

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAXA RENDA COM NIS

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

1AFE.39B3.1418.8933.1BF4.A25E.9C58.0CE3

DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIPÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18978282	5,67
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	29,00	0,29105644	8,44
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,11
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,80
TOTAL DA FATURA			14,44

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO		
0,00	0,00	14,44	0,87	0,12	14,44	4,00	0,87

Comunicar-se o não pagamento da(s) conta(s) de energia elétrica(s).

Vencido	Dt. Retir.	Valor
24/05/18	18/06/18	64,32
25/06/18	17/06/18	131,41

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos Register da Restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do prazo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh: 0,18978282
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,29105644

HISTÓRICO DO CONSUMO

kWh

JUN	18	59
MAR	18	128
ABR	18	280
MAR	16	307
FEV	18	288
JAN	18	284
DEZ	17	282
JUN	17	201
NOV	17	201
OUT	17	216
SET	17	181
AGO	17	153
JUL	17	150
JUN	17	172

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abril/2018					
DIG-Mês de horas sem Energia	CARAÚBA	0,00	5,43	10,86	21,73
FIG-No dia vezes sem Energia		0,00	3,38	6,72	13,46
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,11	0,00	0,00
DRG-Duração de Interrupção em dia critico			Limite SIGRI: 12,22		
EUD-Valor do Encargo de Piso = R\$ 0,07					
Nota: Consumidor pode solicitar a operação das Indicações DFC, DMIC e DRG-Piso a qualquer tempo					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você passarei nel horário: r. joão gomes da oliveira, centro / vila: r. joão gomes da oliveira, centro/leia completa em www.cosern.com.br.
Essa conta poderá ser paga no credenciado mais perto de você. Confira a lista completa em www.cosern.com.br.
O pagamento dessa Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso: gera multa 2% (Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m. (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo de 30 dias.
Exceção para aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pagamentos.
Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 30 dias, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITES DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	238

AQUAÑA SEGUR

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

DATA DE CONSERTO	DATA DE RETIRADA	TOTAL A PAGAR/RETIRADA	DATA DE IMPACTO
007005237615	06/2018	14,44	25/06/2018

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 16:18:53
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061516185307400000054539267>
Número do documento: 20061516185307400000054539267



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29638>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fazenda de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Romão dos Reis Dantas, inscrito (a) no CPF 039.974.844 / 27, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Dolores da Silva Dantas, inscrito (a) no CPF sob o Nº 307.340.534 / 27, do sinistro de DPVAT cobertura Trouxelides, da Vítima Maria Dolores da Silva Dantas, inscrito (a) no CPF sob o Nº 307.340.534 / 27, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recebido Renda: Recebido e apresento os documentos comprobatórios:
Recebido

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Cidade	Número	Complemento
<u>Jel de Amorol Grungel</u> <u>Hondre Bezerra</u> <u>Aracau</u> <u>16º Pátio</u>	<u>Aracau</u>	<u>83</u> <u>RN</u>	<u>CEP 59480-000</u> <u>(84) 3061-5373 / 841999609619</u>

Aracau RN, 24 de Maio de 2018
Local e Data

Romão dos Reis Dantas
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
25 JUL 2018

DIDRL001 V001/2017



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu Romão das Chagas Dias Dantas
RG 003022500 DATA DA EXPEDIÇÃO 14 / 12 / 2017
ÓRGÃO SSP RN PORTADOR DO CPF 099.974.874-27 COM
DOMICÍLIO NA CIDADE DE Caraíbas NO ESTADO DE RN
ONDE RESIDE NA (RUA, AVENIDA, RUA) Rua Joel do Ara-
sal Gurjel NR 83

DECLARO SOU AS APENAS DA LIGA QUE O VEÍCULO ABALO MENCIONADO É (ERA) DE MINHA
PROPRIEDADE NA DATA DO ACIDENTE OCORRIDO COM A
VITIMA Maria Daliane da S. D. Dias cujo o CONDUTOR
ERA Romão das Chagas Dias Dantas

VEÍCULO Carro
MODELO Fiat Uno Electronic

ANO 1994
PLACA MVF 7370
CHASSI 9B0346000R5279935
DATA DO ACIDENTE 26 / 04 / 2018

SEGUNDO
ÓRIGO
DE NOTAS
DE NOTAS
DE NOTAS

*Romão das Chagas Dias Dantas

ASSINATURA DO DECLARANTE

*Romão das Chagas Dias Dantas

ASSINATURA DO CONDUTOR (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



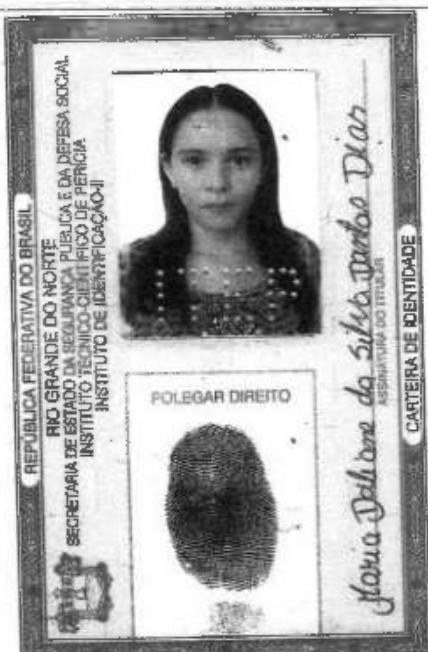
RECONHEÇO por autenticidade, a firma
Romão das Chagas Dias Dantas
dou fôr.
Mossoró (RN) 03 MAI 2018
Em Cartório de Notas Unidas - verdade
FIRMEI
SÉRGIO C. FERNANDES - FIRMADO
FIRMEI
NOTARIO ALVES C. FERNANDES - SUBSTITUTO
Francisco José Maximiano - SUBSTITUTO
Livia Karina Mendonça Fernandes - SUBSTITUTA

ARUANA SEGUROS
25 JUL 2019



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL	063.499.251	DATA DE EMISSÃO	13/12/2017
MUNIC.	MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS VIAS		
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PERNAMBUCO-II			
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO-II			
ADILINO DANTAS NETO MARIA ANTONIA DA SILVA		DATA DE NASCIMENTO	14/10/1997
CARAJÁBAS RN		DOS ORIGINAIS	F-173 0007320
		CERT. DE CABAMENTO L-29	
		CARAJÁBAS RN - CARTÓRIO ÚNICO CANTÃO	
		JORNAL: Folha do N. J. 2018/19/2018	
		ABRINHO: Documento de identificação	
		LEI Nº 7.110 DE 19/07/1983	

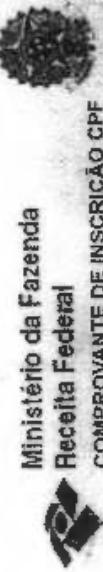


CÓDIGO DE CONTROLE
D425.E67E.8862.B077



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
as 10:44:04 do dia 15/06/2018 (hora e data da Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

707.342.534-27

Nome
MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS DIAS

Nascimento
14/10/1997



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 16:18:53
<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061516185307400000054539267>
 Número do documento: 20061516185307400000054539267

Num. 56738331 - Pág. 7



ARIJUANA SEGUNDO
25 JUL 103



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 16:18:53
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061516185307400000054539267>
Número do documento: 20061516185307400000054539267

Num. 56738331 - Pág. 8

ESTRIBO AUTOMOTIVO DE UMA ORESSADA CUSCATEAIS HORÍZONTAIS AUTOMÓVEIS DE PESSOAS E DE CARGA, QUE SEJAM TRANSPORTADAS ONDEVER, SEGURO DPVAT			
PRN N° 013085382134 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">2017</div> DATA EMISSÃO <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">26/12/2017</div>			
VIA <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">2</div> RENAVAM <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">00176593616</div> ANO FAB. <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">1994</div>	CPF / CNPJ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">099.974.874-27</div> MARCA / MODELO <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">FIAT/UNO ELECTRONIC</div> Nº CHASSI <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">9BD146000R8279935</div>		
	PLACA <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">MYP7370</div>		
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	DENATRAN (R\$) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	CUSTO DO SEGURO (R\$) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
CUSTO DO BILHETE (R\$) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		IOP (R\$) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	TOTAL HERALDO SEGUNDO (R\$) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
PAGAMENTO <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO		DATA DE DOTAÇÃO <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 08.246.606/0001-04			



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 16:18:53

<https://pie19.tjrn.jus.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061516185307400000054539267>

Número do documento: 20061516185307400000054539267

Núm. 56738331 - Pág. 9

IDENTIFICAÇÃO

Vítima: **Lúcia Dodiene de Souza Donato** Dto# **404.342.534-24**
 DATA DO ACIDENTE: **26/04/118** OFF DA VÍTIMA
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO: **Romêncio dos Santos**

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: **1) VÍTIMA** () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARENTESCO COM A VÍTIMA
2) FICHA DE IDENTIFICAÇÃO
 N°: **83** COMPLEMENTO: **Bairro Jardim Cruzeiro**
 CIDADE: **Toronto** UF: **RN** CEP: **59800-000**
 E-MAIL: **lucete.pettau** TELÉFONE: **(84) 3064-5873**

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE EXPEDIDA PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA DA CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO) (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEIS)
- COPIA DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFOMAÇÕES LESÕES SUFERIDAS E/OU CONFERÊNCIA DO ACIDENTE E QUITAMENTO REALIZADO (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEIS)
- COMPROMISSOS (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS SIMPLES E LEGÍVEIS
- INTRAS PECULIAIS (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACCUMULADAS NO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO/CODICIA SIMPLES E LEGÍVEIS
- DOCUMENTO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) DA DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (COMPROVAÇÃO)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO NA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMA OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como cópia do folhado e/ou que o cartão bancário

MARGEM ID PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE DOCUMENTO EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL, KÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL
- (A) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTÍDIO DE EMISSÃO DA CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (B) CRF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (C) UNIFORME (DATE DE APRESENTAR O LARDO NO IMI): DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LARDO NO UNIFORME (KÓPIA AUTENTICA DA VÍTIMA) E DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DA VÍTIMA (KÓPIA AUTENTICA DA VÍTIMA)
- (D) INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEPTIMA
- (E) BOLETO DE ATENÇÃO NO HOSPITALAR DA ASSOCIAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) DA DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (KÓPIA)
- (F) CERTIDÃO DE RESIDÊNCIA 24 HORAS DA ATENÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) DA DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (KÓPIA)
- (G) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMAM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como cópia de folha de cheque ou cartão bancário

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTÍDIO DE NASCIMENTO DO CURTIDAO DE EMISSÃO DA VÍTIMA BAIXA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CÓPIA DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CERTIDÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- | |
|---|
| - MORTI: R\$ 11.000,00 |
| - INVALIDEZ PERMANENTE: ATÉ 15/25 300,00. ESTE VALOR VAI CONFORME A ENVIDADE DAS LESÕES E DECORRIDO COM A FABRICA PREVISTA NA LEI 6.944/74. |
| - DESPESAS MÉDICAS DÓMUS - REembolso Até R\$ 1.700,00 (MEDEBIS). ESTE VALOR VARIAR CONFORME CUSTO DE REPÓSOS COMPROMISSOS, |
- * O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 90 DIAS CONTEÚDOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, CANDO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- * PARA ACOMPANHAR O PRAZO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADO.COM.BR CN LINHAS GRATIS SAC (PRAZO 06/12/2018)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- C) CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTÍDIO DE NASCIMENTO OU CERTÍDIO DE EMISSÃO DA VÍTIMA BAIXA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- D) CÓPIA DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- E) CERTIDÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- F) DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- G) REPRESENTANTE LEGAL, E QUE EM DEPRESSENDA VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS, PODER SER PELA MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE: **Aline Moreira**
 DATA: **25/03/2018** IDENTIF. **003.002.500**
 ASSINATURA: **Aline Moreira**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Maria Delaine da Silva Dantas Dias (brasileira),
estado civil Casada, profissão --- C1 RG nº
003.499.251 CPF/INAF nº 707.342.534-27 residente e domiciliada
à Rua Jai de Amoril Gurigel, Cidade de
Caruaru, Estado Rio Grande do Norte CEP.
59780-000 telefone _____

OUTORGADO: Kemae dos Prazeres Dantas Dantas
CPF sob o nº 003.997.874-27
RG sob o nº 003.922.500 com endereço citado
na cidade de Caruaru,
Estado do Rio Grande do Norte

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:
Enviar documentos, receber correspondências, exigir informações por
escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o
andamento do sinistro, ter informações e acompanhar peritos nomeados e
apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Lider e
Seguradoras conveniadas e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Caruaru, 24 de Maio de 2018

Maria Delaine da Silva Dantas Dias
OUTORGANTE

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
Av. Santos Dumont, 10 - Centro
Mossoró-RN Fone:(84) 3347-4278

RECONHEÇO por autenticidade, a firma
Maria Delaine da
Silva Dantas Dias
dou 16.
Mossoró(RN) 23 MAI 2018
Em Test^o Off da verdade
Mendona

Luzanete B. de Mendonça Fernandes - TABELIÃ
 Roberto Alves C. Fernandes - SUBSTITUTO
 Francisco José Maximiano - SUBSTITUTO
 Lúana Kammy Mendonça Fernandes - SUBSTITUTO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0272518/18

Número do Sinistro: 3180343123

Vítima: MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS

CPF: 707.342.534-27

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/04/2018

Titular do CPF: MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/11/2018
Nome: ROMAO DAS CHAGAS DIAS
CPF: 099.974.874-27

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2018
Nome: PRISCILA FLORENCIO DA SILVA
CPF: 017.192.214-05

ROMAO DAS CHAGAS DIAS

PRISCILA FLORENCIO DA SILVA





Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS**

Nº Sinistro: **3180343123**
Vitima: **MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS**
Data do Acidente: **26/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROMAO DAS CHAGAS DIAS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180343123**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações 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 13153186

Pag. 01211/01212 - carta_01 - INVALIDEZ



00020606



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 16:18:53
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061516185307400000054539267>
Número do documento: 20061516185307400000054539267

Num. 56738331 - Pág. 13



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

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180343123 Vítima: MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS

Data do Acidente: 26/04/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMAO DAS CHAGAS DIAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000003526-2

Conta: 000010052046-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Pag. 00511/00512 - carta_15R - INVALIDEZ



NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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

707 342.534-24

Nome completo da vítima

Maria Dolcione da Silva Dantas Dias

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Maria Dolcione da Silva Dantas Dias	707 342.534-24	
Endereço	Número	Complemento
Jal de Amoril Gurigel	83	
Bairro	Cidade	Estado
Iracema Bezerra	Coronel	RN
Email	CEP	Telefone (DDD)
Maria.Petkow@	59480-000	(84) 3061-5373

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CARA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
[Inserir digito se existir]		[Inserir digito se existir]	
BANCO NRO. NRO. CONTA NRO. D/V			
Agência Nro. 3526 D/V 2 Conta Nro. 52.046 D/V			
(Inserir digito 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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Local e Data
Local e Data

Maria Dolcione da Silva Dantas Dias

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARUANA SEGURO
25 JUL 2018
de 2018
dolob



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2018 - Autoatendimento - 08:11:34
836071108 0228

TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS CORRENTES

CLIENTE: JAKSONEY JOSE DE OLIVEIRA
AGENCIA: 4.391-5 CONTA: 16.322-8

FAVORECIDO
AGENCIA: 3526-2 CONTA: 52.046-2
CLIENTE: MARIA D SILVA DANTAS
VALOR: 2.00
DATA AGENDADA: 05/05/2018

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



PRF



Acidente nº 18026279B01

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 405

KM: 83,0 - Decrescente

Município: APODI/RN

Data: 26/04/2018

Hora: 08:15

Policial responsável pelo atendimento: ONILDO, matrícula 1184263

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Simples

Condição da pista: Seca

Estrutura viária: Interseção de Vias

Localidade urbanizada:

Acostamento:

Canteiro central:

Condição meteorológica: Céu Claro

Fase do dia: Pleno dia



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9EB721A72A8767B376671

Página 01 de 15

191



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 16:18:53

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061516185307400000054539267>

Número do documento: 20061516185307400000054539267

Num. 56738331 - Pág. 17



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18026279B01



PRF

NARRATIVA

No dia 24/04/2018, por volta das 08:15h, no km 83 da BR 405, em Apodi/RN, ocorreu um acidente do tipo colisão transversal, com 6 vítimas (sendo 2 fatais, 3 graves e 1 leve). Os veículos envolvidos foram V1 - VW/PARATI, de placa MZB 0827, conduzido por JONATAN JOFRE DA SILVA, e V2 - FIAT/UNO ELECTRONIC, de placa MYF 7370, conduzido por ROMAO DAS CHAGAS DIAS DANTAS. Com base nas análises dos vestígios identificados no local, constatou-se que o V1 trafegava normalmente pela via no sentido decrescente (Itaú/RN - Apodi/RN) quando se deparou e colidiu transversalmente com o V2 que trafegava pela via no sentido crescente e tentava acessar à esquerda na RN 233, via que dá acesso a cidade de Caraúbas/RN, sem antes o seu condutor se posicionar no acostamento à direita. A dinâmica do acidente se encontra representada no croqui. Conforme constatações feitas no local do acidente, concluiu-se que o fator principal para a ocorrência do acidente foi a desobediência das normas de trânsito por parte do condutor do V2. - O local do acidente estava preservado e era sinalizado pela Polícia militar de Apodi (batalhão de trânsito). - A velocidade regulamentar da via no local é de 60 km/h. - A rodovia apresenta, no local, sinalização horizontal e vertical indicando proibição de ultrapassagem em ambos os sentidos. - No acidente, a passageira do V2, a Sra. IRENE MARIA DIAS e o passageiro de V2, a criança, SAMUEL LORENZO SILVA DIAS saíram com lesões gravíssimas e vieram a óbito no hospital. O condutor do V1, o Sr. JONATAN JOFRE DA SILVA, saiu com lesões leves e o passageiro de V1, o Sr. FRANCISCO FIDELIS DE ARAUJO JUNIOR, saiu com lesões graves. O condutor do V2, o Sr. ROMÃO DAS CHAGAS DIAS DANTAS, a passageira de V2, a Sra. MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS DIAS, saíram com lesões graves; Todos foram atendidos e socorridos por populares e pelo SAMU e foram encaminhados para o Hospital de Apodi/RN. - O veículo 1 foi liberado no local para Alusifran Fernandes de Assunção, cpf nº 897.639.474-72, RG nº 1401077/RN e fone: 99615 1106. - O veículo 2 foi removido através de guincho para o pátio credenciado da prf, conforme DRV nº 150401804261600-127, em virtude de estar sem condições de tráfego e não haver nenhum popular que se responsabilizasse pelo mesmo. - Os condutores não foram submetidos aos testes de alcoolemia em virtude de estarem sob intervenções médicas. - Não foram preenchidos Termo de Declaração de Envolvido em virtude dos condutores estarem sem condições para tal.

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
Policia Militar	26/04/2018 08:15	26/04/2018 08:30
SAMU	26/04/2018 08:15	26/04/2018 08:30



Documento assinado eletronicamente por CHILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

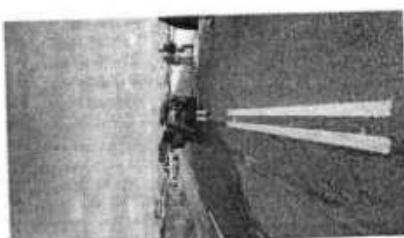
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9EB721A72A8767B37687.





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTO CRESCENTE

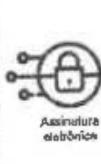
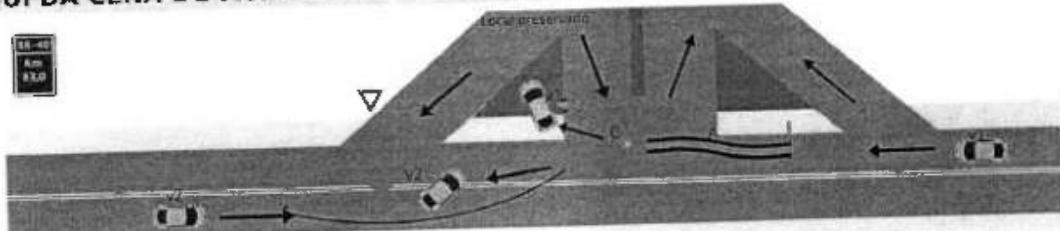


SENTO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - COORDENADA CARTESIANA

Descrição do Ponto	X	Y
A - C(fim da frenagem/ponto de colisão)	11.0	0.5
C - Roda traseira direita - MZB0827 - V1	2.0	1.0
C - Roda dianteira esquerda - MZB0827 - V1	5.0	4.5
C - Roda dianteira esquerda - MYFT370 - V2	14.6	-2.3
C - Roda traseira esquerda - MYFT370 - V2	18.0	-3.5
A(ponto zero) - B(início da frenagem)	-8.9	0.8

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9EB721A72A8767B376671

191





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026279B01



PRF

V1 TRACIONADOR

MZB0827

Placa: MZB0827 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: VW/PARATI 1.6 CITY/2005

Renavam: 00859248984

Chassi: 9BWDB05X25T192728

Tipo de Veículo: Automóvel

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Informações complementares: Entregue ao cunhado do condutor.
Para choque, para brisa e capô avariados.

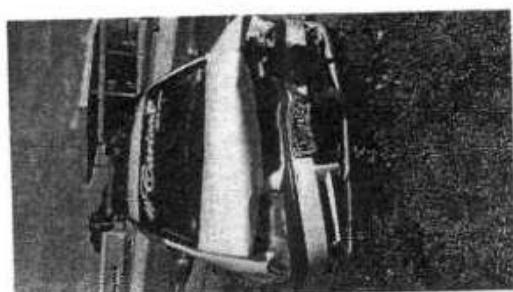
PROPRIETÁRIO

Nome: JOSE WILLIAM ALVES JUNIOR

CPF/CNPJ: 702.040.134-10

Endereço: , SANTANA DO MATOS/RN

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9EB721A72A8767B376671

191





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026279B01



PRF

V1



MZB0827



ARUANA SEG

25 JUL 2013



Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9E8721A72A8767B376671

191

Página 05 de 15



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 16:18:53

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061516185307400000054539267>

Número do documento: 20061516185307400000054539267

Num. 56738331 - Pág. 21



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026279B01



PRF

V2 TRACIONADOR

MYF7370

Placa: MYF7370 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: FIAT/UNO ELECTRONIC/1994

Renavam: 00176593616

Chassi: 98D146000R5279935

Tipo de Veículo: Automóvel

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista

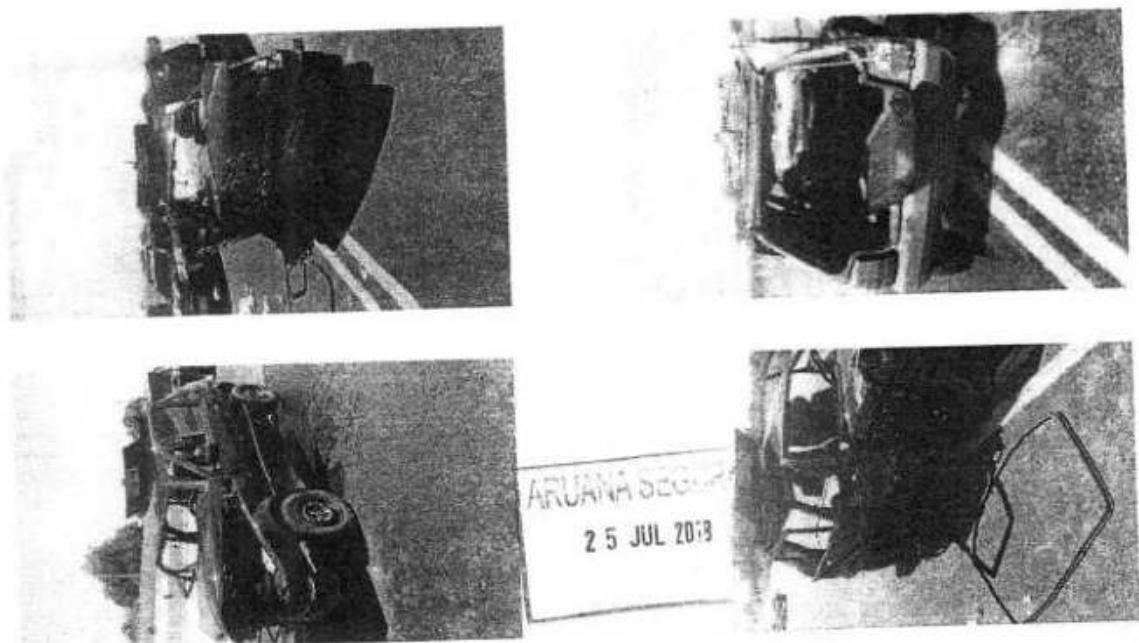
PROPRIETÁRIO

Nome: ROMAO DAS CHAGAS DIAS DANTAS

CPF/CNPJ: 099.974.874-27

Endereço: , CARAUBAS/RN

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, conforme horário oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.639, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9E8721A72A8767B376671.

191





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026279B01



PRF

V1



JONATAN JOFRE DA SILVA

CONDUTOR

Placa do veículo: MZB0827

Marca/modelo: VW/PARATI 1.6 CITY

Envolvimento: Condutor

Nome: JONATAN JOFRE DA SILVA

CPF: 115.046.997-85

Data de nascimento: 07/07/1986

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Sim Usava capacete: NÃO

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional Categoria: AD Data primeira habilitação: 12/01/2006

Nº de registro: 0376910580 UF: RJ Data de vencimento da habilitação: 16/04/2018

Motorista Profissional: Não Observações CNH: 15

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: R DAS SAMAMBAIAS, 915 - CASA, ALEGRIA, RESENDE/RJ

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ARUANA SEGUR.

25 JUL 2019



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9EB72A72A8767B376671





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026279B01



PRF

V2



ROMAO DAS CHAGAS DIAS DANTAS

Placa do veículo: MYF7370

Marca/modelo: FIAT/UNO ELECTRONIC

Envolvimento: Condutor

Nome: ROMAO DAS CHAGAS DIAS DANTAS

CPF: 099.974.874-27

Data de nascimento: 28/02/1991

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Sim **Usava capacete:** NÃO

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AB **Data primeira habilitação:** 07/07/2014

Nº de registro: 0611264813 **UF:** RN **Data de vencimento da habilitação:** 11/02/2019

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 99

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA JOEL DO AMARAL GURGEL, 83, LEANDRO, CARAUBAS/RN

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026279B01 e o número de controle 9E0DE18CC9EB72A8767B376671





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026279B01



PRF

V2



**MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS
DIAS**

Placa do veículo: MYF7370

Marca/modelo: FIAT/UNO ELECTRONIC

Envolvimento: Passageiro

Nome: MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS DIAS

CPF: 707.342.534-27

Data de nascimento: 14/10/1997

Estado civil:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Sim **Usava capacete:** NÃO

DADOS DE CONTATO

Endereço: JOEL DO AMARAL GURGEL, 83 - CASA, LEANDRO BEZERRA, CARAUBAS/RN

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo:

Tipo de receptor: SAMU

Informações complementares: Passageira conduzida para o hospital de Apodi/RN

ARUANA SEGURADA
25 JUL 2019



Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, conforme horário oficial do Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9EB721A72A8767B376671





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026279B01



PRF

V2



SAMUEL LORENZO SILVA DIAS

Placa do veículo: MYF7370

Marca/modelo: FIAT/UNO ELECTRONIC

Envolvimento: Passageiro

Nome: SAMUEL LORENZO SILVA DIAS

CPF: 147.592.634-03

Data de nascimento: 30/08/2017

Estado civil:

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Não **Usava capacete:** NÃO

Usava dispositivo para retenção de criança: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: JOEL DO AMARAL GURGEL NO 83 BAIRRO, 83, CARAUBAS/RN

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo:

Tipo de receptor: SAMU

Informações complementares: Passageiro conduzido para o hospital de Apodi/RN



Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9EB72A72A8787B378671





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026279B01



PRF

V2 PASSEIROS

IRENE MARIA DIAS

Placa do veículo: MYF7370

Marca/modelo: FIAT/UNO ELECTRONIC

Envolvimento: Passageiro

Nome: IRENE MARIA DIAS

CPF: 012.316.594-67

Data de nascimento: 20/02/1962

Estado civil:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Não Usava capacete: NÃO

DADOS DE CONTATO

Endereço: PROJETADA, SN - SITIO MIRANDA, ZONA RURAL, CARAUBAS/RN

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo:

Tipo de receptor: SAMU

Informações complementares: Passageira conduzida para o hospital de Apodi/RN.

ARUANA SEGUROS
25 JUL 2019



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9EB721A72A8767B376571





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026279B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / VW/PARATI 1.6 CITY

Placa: MZB0827

Nome do agente: ONILDO

Nº BOAT: 18026279B01

Matrícula do agente: 1184263

Data: 26/04/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda	X		
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9EB721A72A8767B376671





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026279B01



PRF

Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

Total geral (SIM + NA): 1

Dimensão da monta: Pequena

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / FIAT/UNO ELECTRONIC

Placa: MYF7370

Nome do agente: ONILDO

Nº BOAT: 18026279B01

Matrícula do agente: 1184263

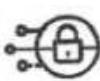
Data: 26/04/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Painel corta-fogo	X		
2	Longarina dianteira esquerda	X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda	X		
4	Estrutura da soleira esquerda	X		
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda	X		
8	Estrutura da coluna central esquerda	X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda	X		
10	Caixa de roda traseira esquerda	X		
11	Assoalho central esquerdo	X		
12	Longarina traseira esquerda	X		

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026279B01 e o número de controle 9E00E18CC9EB721A72AB767B376671

191





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026279B01



PRF

Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
13	Assoalho portamalas ou caçamba	X		
14	Longarina traseira direita	X		
15	Caixa de roda traseira direita	X		
16	Estrutura da coluna traseira direita	X		
17	Estrutura da soleira direita	X		
18	Estrutura da coluna central direita	X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita	X		
20	Assoalho central direito	X		
21	Caixa de roda dianteira direita	X		
22	Longarina dianteira direita	X		

Total geral (SIM + NA): 20

Dimensão da monta: Grande

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ONILDO, matrícula 1184263, Policial Rodoviário Federal, em 30/04/2018, às 08:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026279B01 e o número de controle 9E00E1BCC9EB721A72A8767B376671

191





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 [exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala]

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **Maria Dulciane da Silva Dantas Diaz** CPF da Vítima **4107.342.534-21** Data do Acidente **26/10/2018**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 Lider 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 contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

Recife/RN 24 de Maio de 2018
Local e Data

Maria Dulciane da Silva Dantas Diaz
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARUANA SEGURANÇA
25 JUL 2018

DALI.001.V001/2017



ARUANA SEGUROADORA

02 JAN 2019

SUS	Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>ARUANA</i>				4 - CNES			
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>Livia Karina da Silva</i>				6 - N° DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>71013120186189131661916</i>				8 - DATA DE NASCIMENTO <i>24/10/07</i>		9 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
10 - NOME DA MÃE <i>Livia Karina da Silva</i>				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <i>(031)</i> N° DO TELEFONE <i>99111111</i>		12 - RACIOCÓR <input type="checkbox"/> Pardo <input checked="" type="checkbox"/> Branca	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO DDD <i>(031)</i> N° DO TELEFONE <i>99111111</i>		15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) <i>Joel Amaral Evangelista, 92, Beaudro Bezerra</i>	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Parnamirim</i>				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO <i>51001</i>		18 - UF <i>RN</i> 19 - CEP <i>51111111</i>	
JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO							
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Sa - Seca (Seco) - Lax D - laxo - brot - fizer</i>							
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>TNO Crônico</i>							
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>RX + exame pffio e</i>							
23 - DIAGNÓSTICO OFICIAL		24 - N° DO PRONTUÁRIO <i>312217493</i>		25 - CÓD. DO SECUNDÁRIO <i>312217493</i>		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO BOLICITADO							
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>621110</i>		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>04081720519</i>					
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		32 - N° DOCUMENTO (CNB/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>01/07/18</i>		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Conselho de Odontologia de Parnamirim Gabinete: 001 - 002 - 003</i>			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)							
36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		38 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ DA SEGURADORA	
40 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADOR		41 - CNPJ EMPRESA		42 - AUTÔNOMO		43 - DESEMPREGADO	
44 - APOSENTADO		45 - MÃO SEGURADA		46 - MÃO SEGURADA		47 - N° DO BILHETE	
48 - SÉRIE		49 - CNPJ DA EMPRESA		50 - CEOR		51 - SÉRIE	
AUTORIZAÇÃO							
52 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		53 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR		54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>HOSPITAL DE REHABILITAÇÃO DE MARACAJÁ CSEI CATÓLICO MARACAJÁ DATA: 02/07/2018 SAÚDE PARNAMIRIM INTERNAÇÃO: 02/07/2018</i>			
55 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		56 - N° DOCUMENTO (CNB/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
57 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>01/07/18</i>		58 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					



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

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

NOME: MARIA DALIANE DA SILVA DAMAS IDADE: _____ N° REG: _____
SERVIÇO: _____ ENF: _____ LEITO: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

DATA: 26-06-2018

PACIENTE VITIMADO DE TRAGÉDIA EM ACIDENTE
POR COLISÃO DE CARROS

APRESENTA-SE COM DIAGNÓSTICOS:

- FRACTURA DO FÍMUR D+
- CONTUSÃO NA PERNA E PÉ E -

CONDICIONAMENTO:

- ENTERRAMENTO E TRATAMENTO CIRÚRGICO

Assinatura de médico

ARIANA REGISTRADORA
02 JAN 2018

37.11-2018
SILVA





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome MARIA DRIANE BR SILVA DANTAS Reg.º _____

Diagnóstico pré-operatório: FA - MI FÉTUR D

Indicação terapêutica: T-PATAMENTO CIRÚRGICO

OU 26.04.2018

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador SURGEZ

1º Auxiliar: JOAO

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: YNDYRA - JANAINA - ALINE E TATIANA

Anestesista: ENDX

ARUANA SEMIRRADORA

02 JAN 2019

INTERVENÇÃO

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

Limpa Pot. Contaminada Contaminada Infectada

1 - SOB ANESTESIA GERAL, DPIT

2 - ASSEPSIA E ANTISEPSIA

3 - PASSAGEM DE FCO E TRANSTIBIAL

4 - INSTALADA A TRAGAO

DR. FABRÍCIO S. C. M.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
26.04.2018
LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
 HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Maria Daliane da Silva Dantas 20 anos
 CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 211-2
 DATA DA ADMISSÃO: 26/04/18 Código - 9641

DATA	EVOLUÇÃO
04/05/18	B DIH: Fx diafisária do fêmur D Em uso de TTE Sem queixas no momento da visita. NV preservado. BEG, eupneica, normocorada, hidratada, afebril. CD: VPM Inserida no SISREG pré-op OK Baixo-risco cardiovascular Aguarda cirurgia definitiva

*Saudade C. L. L. de Oliveira
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia do Ossário
 026-000000054539267*

211-2

DATA	PREScrição	HORÁRIO
1	DIETA livre	06
2	SF 0,9% 1500ml EV para 24h	02 22 32
3	Dipirona 01amp + ABD EV 6/6h fixo	10 16 22 04
4	Tramal 100 mg + 100 mL SF 0,9%, EV, 8/8h SN	5
5	Bromoprida 1 amp + ABD, EV, 12/12h SN	5
6	Tilatil 40 mg + diluente, EV, 1x/dia	10
7	Clexane 60 mg SC 1x/dia	10
8	Omeprazol 20mg VO em jejum	06
9	SSVV+CCGG	
10		
11		
12		

*Saudade C. L. L. de Oliveira
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia do Ossário
 026-000000054539267*



*HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ENFERMARIA 211-2
 026-000000054539267*





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MARIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 10411 /2018
Admissão: 26/04/2018 11:35:48

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 9641 - MARIA DALIANE DA SILVA DANTAS (20 a 6 m 12 d)

Nascimento: 14/10/1997 Natural: CARAUBAS.BRASIL

CPF:

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

Mãe: MARIA ANTONIA DA SILVA

Pai:

Logradouro: JOEL AMARAL GURGEL, 97

Cidade: CARAUBAS

CEP: 59780000

Bairro: LEANDRO BEZERRA

25 JUL 2018

Telefone: 84 999161949 84 999161949

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - OCUP. CARRO

Tipo: REGULADO

*Empresa:

Origem: AMBULANCIA OUTRO

OBS: APODI, DRA BRUNA					Classificação: 26/04/2018 11:31:50 PESO:				
HORA	P.A.	HGT	SaO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	130	80	95						

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, FRATURA DE FEMUR D, CONSCIENTE, ORIENTADA O2 AMBIENTE, COM FERIMENTO CORTANTE EM REGIÃO FRONTAL

Hora: ____

Paciente vítima de acidente de veículos veio com ferimento de segurança. Nega alergia. Relata dor em punho D;

A: UVAS pretas. Nega enurese

(ABD): fisiológico, mialgias e palpações bl vaginas de dor tocas peritoneal.

B: MVT, simétricos um AHT SIRA. SatO2: 99%.

C: RCR, ZT, BNF, SB. Habilidades normais e rotineiras. FC: 124.

D: ECG = 15.

E: ferimento contante em região frontal e punho. (1) amputada cl Rx mostrou

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MARIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMM MOSSORÓ 29/10/2018 2018

do fratura de punho.

Conclusões: Rx de punho e pelvis

Foram da ortopedia

Foram da BNF

Diagn. Inicial:

SAME ARQUIVO

VIA HORÁRIO ASSINT.

PREScrição:

Alta da cirurgia ferida



PRP 26.04.2018 13:40H

1- DIET: ZERO

EV

2- SFQ 99% - 2000ML 50GTS/MMA

EV

3- TENOXICAM 40 - 1 AP

EV

4- DIPIRONA 1g - 1 AP 6-6H

EV

5- PREPARAR p/ ACESSO AO

ARUANA SEGUR

25 JUL 2018

CENTRO CIRÚRGICO APÓS AVALIAÇÃO

dos demais profissionais

Y

*Saída: - () Alta por decisão médica; () Internação; () Enc.outroServiço; () Evasão

Data: ___/___/18. Hr: ___ Ass. Médico: _____

*Gerado via SX por JOSE MARIA DA SILVA. Impresso em 26 de Abril de 2018.



ptw 26.03.2018 = 13:30 TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA

DEZ NA CXA D, TORITO E, POMA E + PE'E
TRIBUNA EM CONSTRUÇÃO DE CARROS HA'
+ 6 HORAS. ENCAMINHADO DE APÓS.
RELETA PENDA TOMADA ÁREA DA
CONCESSIONÁRIA -

WIL - CONSCIENTE - MACA DE VINTURA

CABEÇA: LESÕES COBERTAS.

CERVICAL: 5) querixas

Coxa D: ~~tempo - reformidade - dur.~~

RADIUS: este de la saína do fémur

- PERCENT: 5/ 1000

PERNA è per E: operazioni e $E \in \mathbb{N} \cup \{1\}$

TRAUMA = FRACTURA DO FEMUR (3)

- CONTRAÍR DA PERNAS E PÉ E

Conducta:

- INICIO TRATAMENTO CIRÚRGICO
 - SOLICITO INTERNAGEM HOSPITALAR
 - PRESCRIÇÃO
 - AGUARDO CONCLUSÃO DA ASSISTÊNCIA
POR DEMais PROFISSIONAIS
 - PAREcer DA NEUROCRURGIA

100

15:94

showed as early as 1964.

et persona de consideración

exuviae: abt. 615, mid imm-

B. L. 2900

radio: 10N, except for the
radioactive isotopes

h (nada), sp y operad (50)
- si alta esp y operad t/p

As we go on up

AOS WIBADS M.
ABUARDA AVAL BMF
SOLICITAR RETAL DIA 5/5

Solitaria natural



PT 26.03.2018 - 13:30 TRAUMATOLOGIA ORTOPEDICA

DOER NA COXA D, TROXITO E, PERNAS E & PÉ E
TRAUMA EM CONSEQUÊNCIA DE COLISÃO DE CARROS HA'
+ 6 HORAS. ENCAMINHADO DE APENAS.
RELATA PERDA TEMPORAL ACONTECEU CONSEQUENTE.

VIGIL. CONSCIENTE. MACA DE VINTURA.

CABEÇA: LESÕES COBERTAS.

CERVICAL: S/ QUEIXAS.

COXA D: EDema - deformidade. DUR.

- RADIÔS: LESÃO DISTAL DA FEMUR
- PERNE: S/ LESÕES

PERNA E PÉ E: EDemas e EDema

PÉ: - FRATURA DO FÉMUR D

- CONVULSIÃO DA PERNAS E PÉ E

CONDUTA:

- INDICO TRATAMENTO CIRÚRGICO
- SOLICITO INTERNAGEM HOSPITALAR
- PRESCRIÇÃO
- AGUARDO CONCLUSÃO DA ASSISTÊNCIA POR DEMAIOS PROFISSIONAIS
- PARECER DA NEUROcirurgia

ARUANA SEGUROS

25 JUL 2013

Assinatura

JW

NUNCA houve lesão de carros HA' 6H,

15:00 1ª pessoa de consciência.

1x na cama: Abd. lít., mid. mo-

B, h2000

1x urinário: NDN, exato seu fr. ②

en: alta n/a 4 operações

Aos 110000\$ DA ORTOP

AGUARDE AVAL BMT

Solicitar reavaliar n/a s/r

Larynn Freire dos Santos
CRM 5722
Neurocirurgia

HOSPITAL REGIONAL TACOSIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMM MOSSORÓ/PB
07/03/2018



DR WILLIAM CARVALHO FERREIRA
CRM 1150-MTB149 RJ
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMÁTICAS
MEDICINA DO TRABALHO
LAUDO MÉDICO

A PACIENTE MARIA DALIANE DA SILVA
DANTAS DIAS, 21 ANOS de idade, AGRICULTOR.
CPF: 707.342.534-37.

HISTÓRIA de acidente de TRANSITO, levada
pela SAMU, ao HRTM em MOSSORÓ RN *
atendida as 11:31h do dia 26.04.2018.
BOLETIM de ATENDIMENTO 10411/2018.

DIAGNÓSTICO: FRACTURA DIAFÍSARIA MÉDIA
do FEMUR DIREITO, COMINUTIVA.

PROCEDIMENTO: RX, exame esquelético
nos 9 dias no HRTM + medicamentos
e internação por 9 nove dias; quan-
do foi transferida para MFTM (mim-
o) e operada em 07.05.2018: Re-
dução cirúrgica e osteossíntese com
plaqueta e parafusos. Haja 6 meses de evolu-

QUADRO ATUAL e SQUECAS

- a) dor mediante ação no solo.
 - b) Marcha claudicante
 - c) INSTABILIDADE na marcha e longe
 - d) Perda da capacidade funcional para
trabalho e atividades quotidianas
estimada em 40%.
- Conveniente que seja atendida periodicamente e
pletar o que lhe for de direito.

Policlínica Médica

Rua João Pessoa, 68 - Centro

Fone (84) 3321-6121

Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 10h da manhã

Clinica Octávio Rosado

Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro

Fone (84) 3317-3636

Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 7h as 9h30min

3ª e 5ª Todas as manhã

Fax: William Carvalho Ferreira

CRM 1150-MTB149 RJ

MEDICINA DO TRABALHO - MTS 149 RJ

