



Número: **0800782-69.2019.8.20.5144**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Monte Alegre**

Última distribuição : **02/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO (AUTOR)		JOAO WANDERLEY DE MEDEIROS JUNIOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57634 015	14/07/2020 17:04	2734401_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos

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:	19/04/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00614-9

CONTA: 000010024470-X

Nr. da Autenticação 772DE9DD3CAC2C3F



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180114641 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GLEDISON FERREIRA **Data do acidente:** 27/10/2017 **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A
MAXIMINO

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano com hematoma extra-dural fronto parietal direito e fratura frontal direita.

Descrição do exame médico pericial: déficit funcional residual do sistema nervoso central

Resultados terapêuticos: Realizada drenagem neuro-cirúrgica de hematoma extra-dural direita.
Alta em fevereiro 2018.
Cicatriz cirúrgica no couro cabeludo fronto parietal direita, sem afundamento. cefaleia pós-traumática

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/03/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

CRM do médico: 3940

UF do CRM do médico: RN

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes



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: José Gleudson Ferreira Maximino CPF da Vítima: 716.149.324-26 Data do Acidente: 27.10.17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(084) 99197-0155

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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Novaruzão de Dezembro de 2017
Local e Data

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

12 MAR 2018

TERMO DO SOLAOM
E CORRETORA DE SEGS

JOSE GLEUDSON FERREIRA MAXIMINO
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 51997 /2017
Admissão: 27/10/2017 21:44:38

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 45878 - JOSE GLEIDISON FERREIRA MAXIMINO (21 a 1 m 13 d)
Nascimento: 14/09/1996 Natural: MONTE ALEGRE, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 162136015390005 CPF: Prof:
Mãe: ANA MARIA FERREIRA Pai: JOSE ARNOR COSMO MAXIMINO
Logradouro: CONJ CRESCER, 192 Cidade: BREJINHO
CEP: 59219000 Bairro: CENTRO
Telefone: 84.94712490 Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISAO
Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

Classificação: 27/10/2017 21:40:40

OBS:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TCE E VOMITO POS ACID DE MOTO

Hora: _____

Paciente vítima de colisão moto-carro com vomito com
com sangue. Estável. Sonolento.

PROTOCOLO
RECEBIDO

12 MAR 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A nos arcos perimet 51 cervical gnr
B MV+ AWT 51 AA
C 10 Estável
D 15
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abd: normof.

TOMOGRAFIA/HMNC

Data: 27/10/17 22:21

Técnico: J. Gomes / Monte

Exame: 12 dias

*Saída: -



Atendimento Especializado 2: *pre Glabro barba maxilar* *men 27/06/20*

ANAMNESE *paciente 25A, 105 (moro) (sem cognate).* *276.*
apresenta 01 narizito (sem demarcação).

EXAME FÍSICO *no momento: cor = 15, não possui,*
pequeno no pterion superior / espelho interno.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA *105* *Suavidade palpável do Coluna C15/L6*

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) *re-colina = HED F8 muito volumosa.*
fratura linear f. fratura
sem fratura, dgo de fratura de fratura
fratura, base de os

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)
ef. fratura completa! Ao de!
sem fratura no momento 23h
fratura de fratura
fratura de fratura

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
At 11
fratura de fratura
fratura de fratura
fratura de fratura

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: *Substância* Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: *N/A* DATA: *27/06/20* HORA: *23h.*

SAÍDA: DATA: *1* HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: *1* HORA: I.T.E.P. ☐

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐

Revisão Fratura de fratura
Revisão Fratura de fratura
Revisão Fratura de fratura
 Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

STACAR

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:

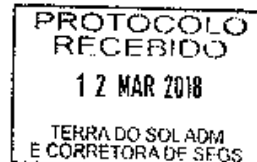
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: *1* HORA:

SAÍDA: DATA: *1* HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Gledison Ferreira MaximinoRG nº 2912.171, data de expedição 27/10/17 Órgão SSP/RN

CPF nº 716.149.324-25 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. Cresler</u>
Número	<u>192</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Brasília</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59219-000</u>
Telefone de Contato	<u>(084) 98780-6894 / (084) 99197-0155</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Brasília / RN 20/12/17Assinatura do Declarante: JOSÉ GLEDISON FERREIRA MAXIMINO

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=29636>

A Circular SUSEP 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 faixa 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 pmile nascimento oliveira inscrito (a) no CPF 702.838.504 / 57, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Gladison Ferreira Maximino inscrito (a) no CPF sob o Nº 716.149.324 / 25, do sinistro de DPVAT cobertura invalidaz da Vltima Jose Gladison Ferreira Maximino, inscrito (a) no CPF sob o Nº 716.149.324 / 25 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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		Número	Complemento
<u>rua: Cuvaca</u>		<u>192</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Brejinho</u>	<u>RN</u>	<u>59219-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>(084)99197-0155</u>

NOVA BRUNO/RN, 20 de Dezembro de 2017
Local e Data

pmile nascimento oliveira
Assinatura do Declarante

PROTOCOLO RECEBIDO
12 MAR 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 51997 /2017
Admissão: 27/10/2017 21:44:38

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **45878 - JOSE GLEIDISON FERREIRA MAXIMINO** (21 a 1 m 13 d)
Nascimento: 14/09/1996 Natural: MONTE ALEGRE BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 162136015390005 CPF: Prof:
Mãe: ANA MARIA FERREIRA Pai: JOSE ARNOR COSMO MAXIMINO
Logradouro: CONJ CRESCER, 192 Cidade: BREJINHO
CEP: 59219000 Bairro: CENTRO
Telefone: 84.94712490 Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISAO
Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

Classificação: 27/10/2017 21:40:40

OBS:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TCE E VOMITO POS ACID DE MOTO

Hora:

Resumo do relato de colisão moto-carro com vomito e com sangue. Exatidão semelhante

PROTÓCOLO
RECEBIDO
12 MAR 2018
TÉCNICO SOLAIA
E CORRETORA DE SEGS

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A *sem alterações*
B *sem alterações*
C *Exatidão*
D *AS*
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abd. normal

TOMOGRAFIA DE CABEÇA
Data: 27/10/17 22.7
Técnico: *Guilherme*
Exame: *de trauma*

*Saída:



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Nº do Boletim de Atendimento:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNOAMENTO NA CLÍNICA:

SAÍDA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO:

Entrega à família

DATA: / / HORA: : : TER. ☐

com Atestado ☐ S.V.O. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

Nº do Boletim de Atendimento:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNOAMENTO NA CLÍNICA:

SAÍDA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

DATA: / / HORA: : : TER. ☐

DATA: / / HORA: : : TER. ☐



Guilherme Welfredo Segel



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJINHO/RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PROTOCOLO
RECEBIDO

12 MAR 2018

TERMO DE SOLA AM
E CORREÇÃO DE SIGA

Receituário

RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Nelson Ferreira

Buena Vista

apresenta

reoto com

menor quantidade

alimento, com

fezes no

adverso.

Amovente 7/8/18

PA: 120/80 FC: 83

Sat: 91% FR: 18

VAMOS COMBATER O MOSQUITO DA DENGUE

Classificação: 15



260645

[illegible]

NOTE

Florida State College of Men

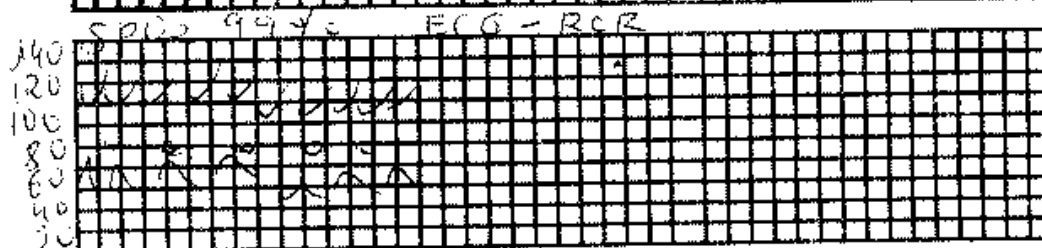
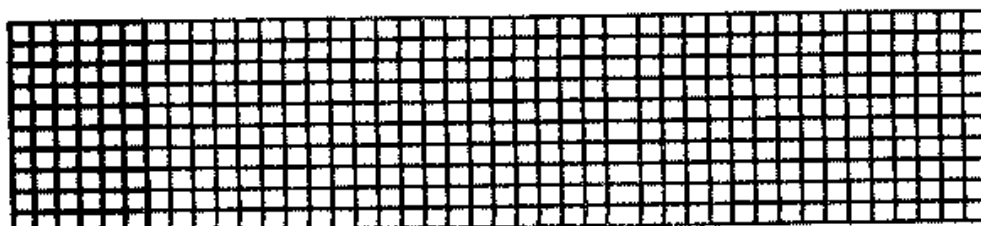
Prof. E. F. Fanning

Van der Meulen
Dr. van Gieft

Deanna
Quinn 1/18/20



Paciente: José Cleilson Farias Maximino ASA:
Idade: 25 Anos Sexo: M Registro: 1165101
Diagnóstico: TEF - hemato má extra dental Data: 28-10-2017
Cirurgia Realizada: Drainagem de hemato má extra dental D
Cirurgião Rinaldo Arrais + Paulo Auxiliar:
Anestesiologista M^{te} Helenir + Simplicio Imagemem:
História Clínica Admissional: Vítima de acidente moto carro que sofreu fratura da tíbia e fêmur direito com hematoma extra dental de ambas as pernas.
Técnica Anestésica: Geral balanceada de IT



micro: 0.1.20

Término: _____

Anestésicos utilizados

- Anestésicos utilizados
1. Propofol 20 ml 1 amp
 2. Sufentanil 2 g
 3. Desflurano 2 g amp
 4. N2/O2 5 l
 5. O2 5 l
 6. O2 5 l
 7. Pentamida 6 ml + 4 ml
 8. Sevoflurano 2. 2%

2. _____
3. _____
5. _____
8. _____
10. _____
12. _____
14. _____

~~Reaktion~~ Reaktion + prozentualer Anteil der Säurefunktion an
Säurefunktionen am Wasser - Triethylamin + prozentualer Anteil
an Wasserstoff an der funktionellen

Maria Helena de Fátima





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Salgado

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Dr. Fabiano Lima de Azevedo Reg. N° 45793
Diagnóstico pré-operatório: RM 4º 2. T. Volume?
Indicação terapêutica: Agudo Urgência (☒) Eletiva (☐)

INTERVENÇÃO

Data: 18/07 Local: OR 1 Término: 18/07 Duração: 18/07
Operador: Dr. Fabiano Lima de Azevedo CRM/CRO: 18/07
1º Auxiliar: Enfermeiro CRM/CRO: 18/07
2º Auxiliar: Enfermeiro CRM/CRO: 18/07
Instrumentador: Dr. Fabiano Lima de Azevedo CRM/CRO: 18/07
Anestesista: Dr. Fabiano Lima de Azevedo CRM/CRO: 18/07

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Procedimento realizado: RM 4º 2. T. Volume?
Anestesia: Aguda
Procedimento realizado: RM 4º 2. T. Volume?
Anestesia: Aguda
Procedimento realizado: RM 4º 2. T. Volume?
Anestesia: Aguda
Procedimento realizado: RM 4º 2. T. Volume?
Anestesia: Aguda

Paulo Roberto
Médico

Paulo Roberto
Médico

Coleta de material anatomo-patológico: (☒) NÃO (☐) SIM QUAL?
Coleta de material para microbiologia: (☒) NÃO (☐) SIM QUAL?



[illegible]

© 1999 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

SECRET

2000

Fracture of the femur

2021-2022

Revised Chart - 438 in file

Hand Made 1990 3/4 5/2

to the Ocean - May 2, 1966

Uppdelare 1 f 53 i 614 (2 delar)

تلفظہ: *Abdullah*

Antigenic stimulation - Antibody

2006.05.27

1949

100-44381-10





[illegible]

HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 8542 /2017

Prontuário: 1165101

Paciente: 48878 - JOSE GLEIDISON FERREIRA MAXIMINO

Cartão SUS: 182136015390005

CPF:

DT Nasco: 14/09/1990

Idade: 27 anos 1 mês 13 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: ANA MARIA FERREIRA

Nome do pai: JOSE ARNOR COSMO MAXIMINO

Rua/Av: CONJ CRESCER

Nº. 192

Complemento:

Bairro: CENTRO

CEP: 59219000

Cidade: BREJINHO

Telefone: 84 94712490 84 94712490

Especialidade: NEUROCIRURGIA

Unidade: POLITRAUMA

Leito: 14

Responsável: JANIELE NASCIMENTO DA SILVA - ESPOSO (A)

Usuário: FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO

Admissão: 27/10/2017 23:05:46

Alta:

Óbito:

Dias de permanência

DIAGNÓSTICO INICIAL: S06.4 - HEMORRAGIA EPIDURAL

403010276 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

Ver. 11.0.0.5

PRADO

RESUMO DE ALTA

NATAL, 27 de Outubro de 2017.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL



Yara Cristiana Ferreira Martins

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Sociedade de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Waagren Gomes

Rua São João, 100 - Centro - Natal - RN

REQUISIÇÃO DE EXAMES

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: *Yara Cristiana Ferreira Martins* SEXO: *MASCULINO*

LEVO: *158* REG. Nº: *158* DT. NASCIMENTO: *11/10/1977*

SECTOR: *PSA* *PSI* *COOR* *INFERM* *UTI*

URGÊNCIA: *(X)* ELETIVA: *()* DATA: *14/10/17* HORA: *15h*

EXAMES

<input checked="" type="checkbox"/> HEMOGRAMA	<input checked="" type="checkbox"/> SÓDIO	<input type="checkbox"/> D-DÍMERO
<input type="checkbox"/> GLICEMIA	<input checked="" type="checkbox"/> POTÁSSIO	<input checked="" type="checkbox"/> TAP/TPA/TNR
<input checked="" type="checkbox"/> URÉIA	<input type="checkbox"/> CÁLCIO	<input type="checkbox"/> LACTATO
<input checked="" type="checkbox"/> CREATININA	<input type="checkbox"/> MAGNÉSIO	<input type="checkbox"/> FOSF. ALCALINA
<input type="checkbox"/> TGO	<input type="checkbox"/> VSK	<input type="checkbox"/> CLASSIF. ABURR.
<input type="checkbox"/> TGP	<input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> B HCG
<input type="checkbox"/> BT/FRAÇÕES	<input type="checkbox"/> CPK	<input type="checkbox"/> COLESTEROL E FR.
<input type="checkbox"/> AMILASE	<input type="checkbox"/> CKMB	<input type="checkbox"/> TRIGLICÉRIDOS*
<input type="checkbox"/> DHL	<input type="checkbox"/> TROPONINA	<input type="checkbox"/> PROT. T. FRAÇÕES*
<input type="checkbox"/> GAMA GT	<input type="checkbox"/> MIOGLOBINA	<input type="checkbox"/> SUMÁRIO DE URÍDIA
<input type="checkbox"/> GASOMETRIA: ARTERIAL () VENOSA ()	* EXAMES NÃO REALIZADOS NA URGÊNCIA	

OUTROS EXAMES (INCLUIR EXAMES DE IMAGEM)

INDICAÇÃO CLÍNICA: *CE 1 (10)*

MAJ

ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE

Atenção: O médico, no âmbito hospitalar, é responsável pelo diagnóstico e tratamento em função da emergência clínica, diagnóstica, terapêutica ou cirúrgica. A solicitação de exames deve ser feita com base na avaliação clínica e conduta terapêutica em curso e a produção em tempo hábil dos exames é essencial para a assistência médica.

MUSEU OLIMPIA FERRAZ

Leito

235

29/10/2017

1º ED. Exatopanel Direto em 2º ED.

Exatopanel estavel, FO limpa, sem inter. coletas.

ECG-15, sem parasias.

CD: Aguarda TC de controle pós-operatória.

PRESCRIÇÃO

- 1 O.eta livre
- 2 S.F. 0,9% - 1000ml/dia
- 3 Fissil 2 ml + 18 ml abd IV 8/8h SN
- 4 Dipirona 2ml + 8 ml ABD IV 6/6h
- 5 Ranitidina 50mg 0,2ml + 18ml de ABD, IV, 12/12h
- 5 Curativo Diário de Ferida Operatória
- 7 CCGG + SSVV
- 8 Aguarda TC de Crânio
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17



JOSÉ GLENNY DA FERREREA

leito

235

30/10/2017

3º DPQ de internagem de RLO PRATO, Arietel Direto

Paciente evolui estável, sem intercorrências.

Ao exame: FOCUL=15

Sem déficit focal

FO seca

Conduta: Alta hospitalar

PRESCRIÇÃO

- | | | 500 | 500 | 500 | 500 |
|---|--|-----|-----|-----|-----|
| 1 | Dieta livre | | | | |
| 2 | S.F. 0,9% - 1000ml/dia | | | | |
| 3 | Plasil 2 ml + 18 ml abd IV 8/8h sa | 5 | 1 | | |
| 4 | Dipirona 2ml + 8 ml ABD IV 6/6h | 1 | 2 | | |
| 5 | Ranitidina 50mg 02ml+18ml de ABD, EV, 12/12H | | | | |
| 6 | Curativo Diário de Ferida Operatória | | | | |
| 7 | CCGG + SSVV | | | | |
| 8 | Alta hospitalar | | | | |







GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome:

João Gabriel Pereira Guimarães

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADICIONAIS

Data:

Hora:

27/10/12 22h

paciente 21+

paciente 21+

paciente 21+

paciente 21+

paciente 21+

paciente 21+

paciente 21+

paciente 21+

paciente 21+

paciente 21+

paciente 21+

paciente 21+

27/10/12 22h

paciente 21+

paciente 21+

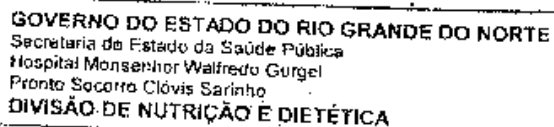
paciente 21+

paciente 21+

paciente 21+

paciente 21+

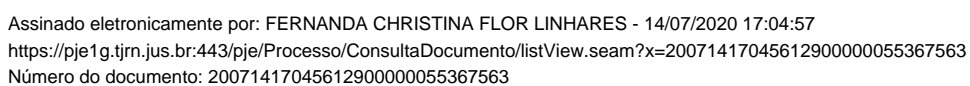




NOME: _____ ENF: _____ LEITO: _____
IDADE: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ Nº REG: _____
DIAGNÓSTICO: _____
TMB NC: _____
DIETA: _____

EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

DATA	TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO NUTRICIONISTA QUE FEZ
01/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
02/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
03/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
04/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
05/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
06/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
07/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
08/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
09/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
10/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
11/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
12/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
13/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
14/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
15/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
16/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
17/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
18/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
19/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
20/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
21/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
22/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
23/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
24/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
25/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
26/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
27/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
28/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
29/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
30/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.
31/01/2011	Realizado exame físico, nutrição adequada, sem alterações.





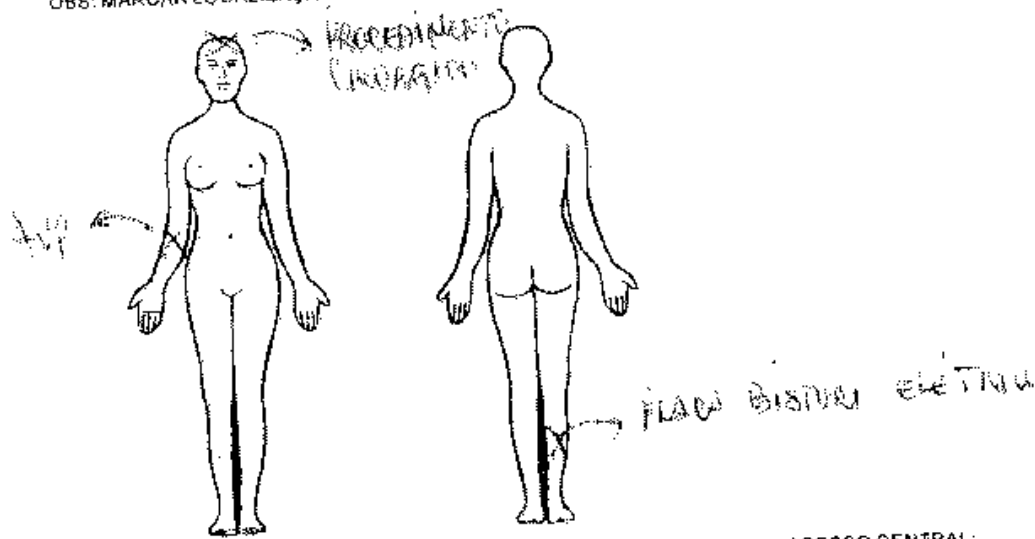
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Dessa Gleidison Ferreira Frazão
DATA DE NASCIMENTO: 14/09/1990 IDADE: 21 ANOS
REGISTRO: 1125151 HORA: 06h45
DATA DE ADMISSÃO: 28/10/2017
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: NEOPOCIRURGIA
HIDRATAÇÃO: SIM (X) NÃO () VIA: PERIFÉRICO (X) ACESSO CENTRAL ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (X) ORIENTADO (X) VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE ()
ESTADO GERAL: BOM (X) REGULAR () GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE (X) M V () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO (X) HIPERTENSO: SIM () NÃO (X)
DIABÉTICO: SIM () NÃO (X) ASMÁTICO: SIM () NÃO (X)
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (X) OUTRAS PATOLOGIAS: _____
MEDICAÇÕES EM USO: _____
CIRURGIAS ANTERIORES: _____
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: FTF DIREITA HORA: 06h45
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JALCON: _____ ACESSO CENTRAL: _____
INSTRUMENTADOS: HUMIFRABSTH
CIRCULANTE: ROBERTO
TIPO DE ANESTESIA: GERAL (X) RAQUI () PERIDURAL () S.P.B. () LOCAL ()
OBS: _____
ANESTESISTA: X SIMPLICIO / DR MARIA HELENA
INÍCIO DE ANESTESIA: 01:30





Número do documento: 20071417045612900000055367563

010,019,207,0

[illegible]

$\frac{1}{\sqrt{\pi}} \int_{-\infty}^{\infty} f(x) e^{-x^2} dx = \frac{1}{\sqrt{\pi}} \int_{-\infty}^{\infty} f(x) e^{-x^2} dx$

CONTAS A PAGAR		CONTAS A RECEBER		CONTAS A PAGAR		CONTAS A RECEBER	
DATA	DESCRIÇÃO	DATA	DESCRIÇÃO	DATA	DESCRIÇÃO	DATA	DESCRIÇÃO
11/07	100X 40 88 34500 80 INDIQUE						
14/07							
15/07							
16/07							
17/07							
18/07							
19/07							
20/07							
21/07							
22/07							
23/07							
24/07							
25/07							
26/07							
27/07							
28/07							
29/07							
30/07							
31/07							
SUB-TOTAL		SUB-TOTAL		SUB-TOTAL		SUB-TOTAL	
BALANÇO PARCIAL		BALANÇO PARCIAL		BALANÇO PARCIAL		BALANÇO PARCIAL	

ESPECIALISTA 1	NEL	HORA	21:20	DATA	27/10
ESPECIALISTA 2		HORA		DATA	

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<p>Atendimento e Controle do Responsável</p> <p>Assinatura e Controle do Responsável</p>	<p>Atendimento e Controle do Responsável</p> <p>Assinatura e Controle do Responsável</p>
--	--


<p>LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS</p> <p>OUTROS</p>	<p>CONDLTA PRIMA (MED. CADES E PROCEDIMENTOS)</p> <p>Atendimento e Controle do Responsável</p>
---	--

<p>LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS</p> <p>OUTROS</p>	<p>EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)</p> <p>1. PASSADO VACINAL</p> <p>2. FARMACIA E EVENTOS DO TRILHA</p> <p>3. ALERGIAS E ALERGIAS PREVIAS</p> <p>4. HISTÓRICO DE USO</p> <p>5. ALERGIAS</p>
---	---



PROTÓTIPO
RECIBIDO
12 MAR 2020
FERNANDA FLOR LINHARES
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO GENTICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO



POLEGIA 120

Fernanda Flor Linhares

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RG 291277-1
Data de Nascimento 31/05/2006
Nome JOSE GLEISON FERREIRA
Maximino

FLUXO
JOSE ARNOR COELHO MAXIMINO
ANA MARIA FERREIRA
MONTI ALEGRE RN

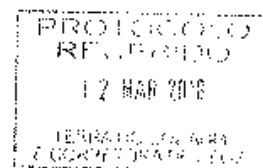
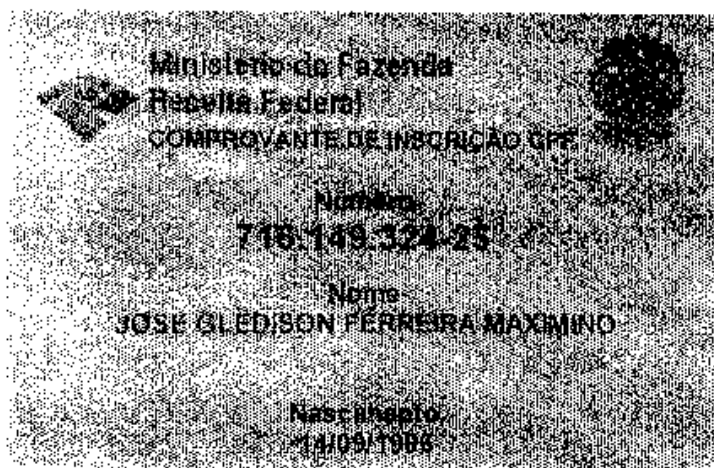
DATA DE EMISSÃO 14/09/1998

CERT. NASC. NO. 007.251.2011 E. 105
BEPINHO RN

ASSINATURA DO DIRETOR

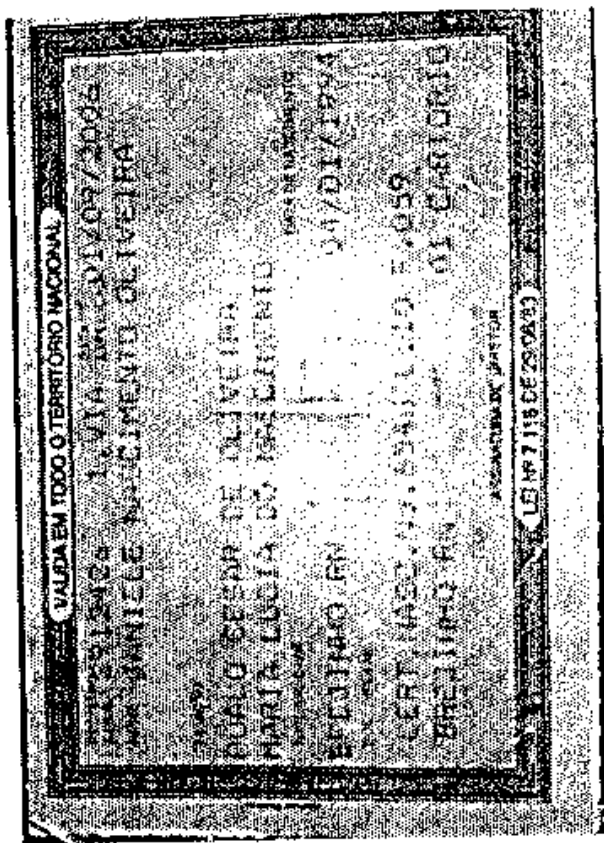
15/07/2020 DE 20:20:29





processo 5000

PROTOCOLO
RECEBIDO
17 MAR 2016
FOLHA 005040M
LOCAL: DETRAN RJ



MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal 
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
702.338.504-57

Nome
JANIELE NASCIMENTO OLIVEIRA

Nascimento
04/01/1994

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Dados do Veículo de placa MZJ1716 Em 21/12/2017 10:05:58 por ANTONIO EVERALDO DE LIMA JUNIOR

Placa	Renavam	Placa Anterior	Tipo	Categoria	Espécie	Lugares
MZJ1716	938099493	MZJ1716/RN	4-MOTOCICLETA	1-Particular	1-Passageiro	2
Marca/Modelo	Fabricação/Modelo		Potência	Combustível	Cor	Carroceria
002811-HONDA/CG 125	2007/2008		0	2-Gasolina	11-PRETA	999-NAO APLICAVEL
FAM(Nacional)				Recadastrado DETRAN		
Nome do Proprietário				DetranNet		
ANA MARIA FERREIRA				Situação Lacre		
Proprietário Anterior				REGULAR Portaria 272/2007		
JOSE GOMES DE MACEDO				DENATRAN		
Município de Emplacamento			Licenciado até		Adquirido em	
BREJINHO			2017 em 05/06/2017, Licenciamento Anual no lote 010614, AR=RS056400565BR (CRLV emitido)(Via 1)		20/07/2015	
Restrição à Venda			Situação		Em Circulação	
Sem gravame			Camê de Licenciamento 2017		Gerado em 20/02/2017 às 19:38 hs.	
Informações PENDENTES oriundas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame						
Nenhuma informação pendente até esta data						
Impedimentos						
Nenhum impedimento registrado até esta data						
➤ Características do Veículo						
➤ Dados do Proprietário						
▼ Listagem de Débitos						
Nenhum débito em aberto cadastrado para este veículo.						
▼ Listagem de Multas						
Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.						
▼ Infrações em Autuação						
Num.Auto	Descrição			Local/Complemento		
DETRAN-120100-A 18146939-5010	DIRIGIR SEM POSSUIR CNH/PPD/ACC OU PERMISSAO PARA DIRIGIR			BREJINHO PROX. A CAPELA SANTO ANTONIO		
Em aberto Em BREJINHO no dia 27/10/2017 às 19h00min						
➤ Último Processo						

PROTOCOLO RECEBIDO
12 MAR 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180114641 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GLEDISON FERREIRA **Data do acidente:** 27/10/2017 **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A
MAXIMINO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO SÃO INSUFICIENTES PARA UMA VALORAÇÃO SEGURA

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180114641 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GLEDISON FERREIRA **Data do acidente:** 27/10/2017 **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A
MAXIMINO

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano com hematoma extra-dural fronto parietal direito e fratura frontal direita.

Descrição do exame médico pericial: déficit funcional residual do sistema nervoso central

Resultados terapêuticos: Realizada drenagem neuro-cirúrgica de hematoma extra-dural direita.
Alta em fevereiro 2018.
Cicatriz cirúrgica no couro cabeludo fronto parietal direita, sem afundamento. cefaleia pós-traumática

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/03/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

CRM do médico: 3940

UF do CRM do médico: RN

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Jose Gledison Ferreira Maximino
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Agricultor
IDENTIDADE:	2912377
ENDEREÇO:	Rua Conjunto Curator Nº 192 Centro Brejinho

OUTORGADO

NOME:	DANIELE NASEIMENTO OLIVEIRA.
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	Agricultora
IDENTIDADE:	2912426
ENDEREÇO:	Rua Conjunto Curator Nº 192 Centro - Brejinho / RN

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Brejinho / RN 20/12/17

LOCAL E DATA



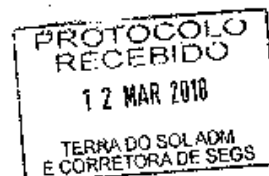
JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Reconheço a(s) firma(s) de:	Jose Gledison Ferreira Maximino
Reconheço a(s) firma(s) de:	Daniele Nascimento Oliveira
<input checked="" type="checkbox"/> AUTENTICIDADE	<input checked="" type="checkbox"/> RECONHECER
<input type="checkbox"/> SEMELHANÇA	
Brejinho/RN, 15 DE 12 2017	
Em test.	de verdade.
De: Anne Kalline Andrade Silva	
Advogada	
OAB/RN 304.30	



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO

Nº Sinistro: 3180114641

Vítima: JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO

Data do Acidente: 27/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JANIELE NASCIMENTO OLIVEIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180114641**.

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 12508007

Pag. 00137/00138 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 15 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO

Sinistro: 3180114641

Vítima: JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO

Data do Acidente: 27/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JANIELE NASCIMENTO OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180114641** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Pag. 00915/00916 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12522690



Rio de Janeiro, 22 de Março de 2018

Carta nº 12553357

A/C: JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180114641 ASL-0088622/18
Vitima: JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO
Data Acidente: 27/10/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JANIELE NASCIMENTO OLIVEIRA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01451/01452 - carta_25 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Carta nº: 12704944

A/C: JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO

Nº Sinistro: 3180114641
Vitima: JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO
Data do Acidente: 27/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JANIELE NASCIMENTO OLIVEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000000614-9

Conta: 000010024470-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00041/00042 - carta_15R - INVALIDEZ

00040021



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

Sinistro: **3180114641**
Nome do(a) Examinado(a): **JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO**
Endereço do(a) Examinado(a): **CONJUNTO CRESCER nº 192 - CENTRO - BREJINHO/RN**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2912171 - SSP**
Data e local do acidente: **27/10/2017 BREJINHO/RN**
Data e local do exame: **19/03/2018 NATAL/RN**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Traumatismo craniano com hematoma extra-dural fronto parietal direito e fratura frontal direita.

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

**Realizada drenagem neuro-cirúrgica de hematoma extra-dural direita.
Alta em fevereiro 2018.**

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

Cicatriz cirúrgica no couro cabeludo fronto parietal direita, sem afundamento. cefaleia pós-traumática

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

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

déficit funcional residual do sistema nervoso central

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 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): **SISTEMA NERVOSO CENTRAL**

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%


Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO CRM:3940/RN


Dr. Justino Nobrega
Ortopedista e Traumatologista
Clínica de Ortopedia
Casa 1940 7607 4970

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



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: 3180114641 CPF da Vítima: 716.149.324-26 Nome completo da vítima: JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO CPF titular da conta: 716.149.324-26 Profissão: Agricultor
Endereço: Conjunto Casa Número: 192 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Buzinho Estado: RN CEP: 59219-000
Email: _____ Telefone (DDD): _____

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - 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

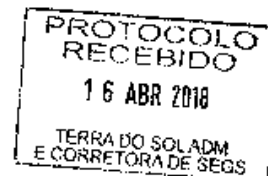
☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO Nome: Banco do Brasil N°D: 001
AGÊNCIA N°D: 0634 DIA: 9 CONTA N°D: 24.470 DIA: 8
(Informar dígito se existir) (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 Líder 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.

NOVA BRUNO, 10 de ABRIL de 2018
Local e Data



JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
12/04/2018 - Autoatendimento 09:31:00
051471009 0119

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO JOSE G FERREIRA MARTINS
AGENCIA: 0614-3
CONTA: 24.470-8
VALOR *
VR. ENVELOPE 2.348.341,871

* Acolhido em: 12/04/2018, na Agência 0614-3.

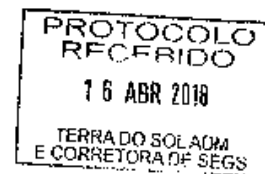
* VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente
bancario serao conferidos e processados
ate as 23h59 do mesmo dia. Apes o expediente
bancario, aos sabados, domingos e feriados,
ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios nao serao abertos
e permanecerao disponiveis por 60 dias na
agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos
canais BB na opcao "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Electronica.
Central de atendimento BB: 0800-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

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



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

736-349-324-25

Nome completo da vítima

JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO

CPF titular da conta

736-349-324-25

Profissão

Aguaicultor

Exercício

eg - louscel

Número

392

Complemento

Bairro

Centro

Cidade

Brasília

Estado

DF

CEP

59019-000

Email

Telefone (DDD)

(084) 98780-6844

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - 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 (311)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

AGÊNCIA

NRO

2348

D/V

CONTA

NRO

3 23-641

D/V

1

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(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 Líder 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.

NOVA OUGI/AN 20 de Dezembro de 2017

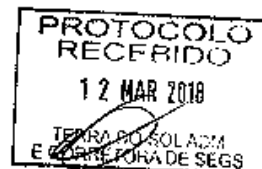
Local e Data

JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017



Banco Postal

11 - Abertura de Conta-Juiz

Agência : 6060400-00 MACAÉ
Terminal : 6004900 Id. Trx. : 52200.1
Nro Aut. : 100544 Caixa : 04252255
Data : 15-12-2017 Hora : 10:05
(Horário de Brasília)
BANCO DO BRASIL

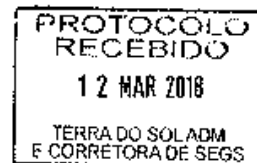
QUOTIENTA 44: 0000 729 6674

COMITANTE

PROPOSTA DE ABERTURA DE CONTA PESSOA FÍSICA

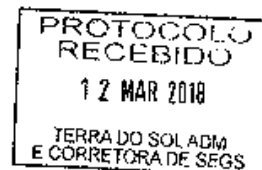
TITULAR: JOSE SEBASTIÃO FERNANDA MACAÉ
AGÊNCIA: 2316 3 COFIA: 23.0000
VARIACAO: 1000000.00

23.641-1





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
5º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
Rua Assis Chateaubriand, 610 – Centro – Nova Cruz/RN – CEP: 59215-000
Fones: (84) 3281-5887 e 3281-3118 – E-mail: dpra5@hotmail.com



ADENDO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 044540

Certifico, em razão do meu ofício e atendendo a parte interessada, que no BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 044540, datado de 27/10/2017 (Colisão Lateral) em seu item 3 VEÍCULO 01: seguem abaixo as informações complementares que foram apresentadas posteriormente, tendo em vista que as informações ora apresentadas neste BOAT não poderiam ser colhidas no dia do acidente em virtude da vítima ser socorrida para o hospital.

Nascimento: 14.09.1996

Endereço: Rua Mermoz, 150 Bairro: Baldo, Cidade: Natal-RN

CPF: 716.149.324.26

3 - VEÍCULO 01:

Placa em Chassi MZT 1216 Cidade BREJINHÓ UF RN
Marca/Modelo HONDA LEO 125 FAN Cor PRETA Ano 2007/2008
Proprietário ANA MARIA FERREIRA Nº de Ocupantes 01
Condutor JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO Data de Nasc. 1/1
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF/Nº _____ CNH Nº _____ Validade 1/1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

Certifico, ainda que em seu item 13 – Vítima: condutor de V1 faltou inserir os seguintes dados:

Vítima: Condutor de V1 Conduzido para: Hospital Local

Nome: José Gledison Ferreira Maximino

RG: 2912171

Orgão Expedidor: SSP/RN

Data de Nascimento: 14.09.1996

Endereço: Rua Mermoz 150

Cidade: Natal-RN

13 -	<input type="checkbox"/> Vítima: condutor de	<input type="checkbox"/> V1	<input type="checkbox"/> V2	<input type="checkbox"/> V3	<input type="checkbox"/> V4	<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> Testemunha
	Passageiro de	<input type="checkbox"/> V1	<input type="checkbox"/> V2	<input type="checkbox"/> V3	<input type="checkbox"/> V4	Conduzido para:	Presépio: <input type="checkbox"/> Fato <input type="checkbox"/> Registro
Nome		Orgão Expedidor				Data de Nascimento	
RG Nº		Nº				Fone	
Endereço		Cidade				UF	
Bairro		Validade				Categoria	
Versão		Assinatura				Hora	

O referido é verdade. Dou fé, Aos 21 dias de Fevereiro de 2018.

Cb PM Gilvando Flôrencio

Matrícula: **165.718-6**

Agente de Trânsito do 1º GP/5º DP/CPRE





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 044540

1 - LOCAL E DATA

Local SÍTIO XIQUE - XIQUE Bairro ZONA RURAL
Cidade BREJINHO P. Ref. ESCOLA SANTO ANTONIO
Data 22/04/2017 Hora do acidente 18:00 Hora do registro 20:30 Dia da semana SEXTA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

PROTOCOLO
RECEBIDO
12 MAR 2018
O(s) TERRA DO SOL-ADM
E CORRETORA DE SEGS

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MZJ 1716 Cidade BREJINHO UF RN
Marca/Mod. HONDA 125 FAN Cor PRETA Ano 2007/2008
Proprietário ANA MARIA FERREIRA Nº de Ocupantes 01
Conductor JOSE CLEISON FERREIRA MAXIMINO Data de Nasc. 1/1/1
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade 1/1/1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MYV 8846 Cidade NOVA ERUA UF RN
Marca/Mod. GM / CELTA UP SUPER Cor PRATA Ano 2007/2008
Proprietário ANNE ELIZABETH MOREIRA DE SOUZA Nº de Ocupantes 04
Conductor A PROPRIETARIA Data de Nasc. 30/03/1962
Endereço RUA OSCAR FIRMING DE MEDEIROS Nº 220 Fone 3444 8241
Bairro ALTO DAS FLORES Cidade NOVA ERUA UF RN
CPF Nº 393 105 234 68 CNH Nº 0108946006 Validade 04/08/2020 Categoria B
Local de Trabalho ESCOLA ESTADUAL ALBERTO MARANHÃO Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Conductor _____ Data de Nasc. 1/1/1
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade 1/1/1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Conductor _____ Data de Nasc. 1/1/1
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade 1/1/1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor: QUE TRAFEGAVA EM UMA MÉDIA DE 60 km/h, QUE AO TENTAR FAZER A CURVA COLIDIU COM O CARRO QUE VINHA NO SENTIDO CONTRÁRIO.

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor: INFORMA QUE O CONDUTOR DE V1 ENVIADO A SUA PISTA, QUE A MESMA TENTOU LIVAR PUXANDO O CARRO PARA O ACOSTAMENTO, MESMO ASSIM NÃO CONSEGUI EVITAR A COLISÃO.

Assinatura do Condutor do V2

Anne Elizabeth Pereira de Souza

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor









Assinatura do Condutor do V4



8. - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Boni	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Alato	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Quevixente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input checked="" type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Apoiolhecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Cimento	<input type="checkbox"/> Active Imprime	<input type="checkbox"/> Escorrida	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite w/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebliou	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Curva à Esquerda	<input type="checkbox"/> Poças D'agua	<input type="checkbox"/> Traia de Pedestre
<input checked="" type="checkbox"/> Noite w/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Deletve Imprime	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Lixo
<input type="checkbox"/> Iluminação Debitente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Deletve Neve	<input type="checkbox"/> Enfiameada	<input type="checkbox"/> Bscasul
			<input type="checkbox"/> Esquidm	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lanchada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Baraca	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. K33/H
			<input type="checkbox"/> Aba-luzada	<input type="checkbox"/> Com Areia	
			<input type="checkbox"/> Lateral		
			<input type="checkbox"/> Lateral e Central		
			<input type="checkbox"/> Bscasul		

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

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

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

MOTOR, PAINEL

PAINEC

MARZAGUON VICTUO 2

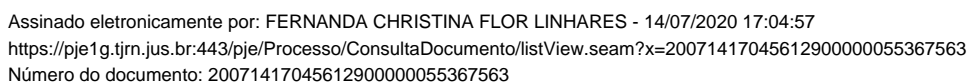

SUSPENSÃO DIAMETRA ESBOÇO,
LAPU 2.

NSAO DIAMONDIA ESQUENA

ÁREAS DO VÍCI O 3

EXAMPLE 3

A. S. K. HONG AND K. C. CHEN



11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciar: ☐ Foto ☐ Registro
Nome: RAFAELA XAVIER MARQUES DE MELO
RG N°: 002364058 Órgão Expedidor: ITER-RN Data de Nascimento: 16/11/1988
Endereço: RUA PROF. JOSEPIO DE ALMEIDA QUATE 198 Fone: 38660265
Bairro: LENIRO Cidade: NOVA CRUZ UF: RN
Versão: CONFIRMA A VERSÃO DA COMPUTADORA DE V2.

Assinatura: [Assinatura] Hora: _____
12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciar: ☐ Foto ☐ Registro
Nome: ANNE GABRIELA MOREIRA DE SOUZA MELO
RG N°: 09507301464 Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: 27/04/1990
Endereço: RUA OSCAR FIRMINO DE MEDEIROS N° 220 Fone: 94617078
Bairro: ALTO DAS FLORES Cidade: NOVA CRUZ UF: RN
Versão: RATIFICA A VERSÃO DA COMPUTADORA DE V2.

Assinatura: [Assinatura] Hora: _____
13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciar: ☐ Foto ☐ Registro
Nome: _____
RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: 1/1
Endereço: _____ N°: _____ Fone: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____
14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciar: ☐ Foto ☐ Registro
Nome: _____
RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: 1/1
Endereço: _____ N°: _____ Fone: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____
15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
Nome: _____ RG N°: _____ Órgão Exp.: _____
Endereço: _____ N°: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

16 - IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO ATUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO ATUAÇÃO COD/DESD: _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
* AO CHEGAR NO LOCAL V1 HAVIA SIDO REMOVIDO DO LOCAL POR POPULARES.

Nome Completo do Agente: CILVANDO FLORENCIO BATISTA
POSTO/GRAD.: LB PM PM N°: 20001264 Viatura: 530 Subunid.: 5ª DPRE
Local e Data: BREJINHO 27 de 10 de 2017
Assinatura do Agente de Trânsito: [Assinatura]

