



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
57634 015	14/07/2020 17:04	<u>2734401_CONTESTACAO_Anexo_03</u>

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



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 14/07/2020 17:04:57
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071417045612900000055367563>
Número do documento: 20071417045612900000055367563

Num. 57634015 - Pág. 1

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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:





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: JOSE GLEDISON 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
<u></u>	<u></u>
Email	Telefone (DDD) <u>(084) 99197-0155</u>

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:

Assinatar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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 discorde do seu conteúdo.

PROTOCOLO RECEBIDO

12 MAR 2018

TERRA DO SOLAOM
E CORRETORA DE SEGS

NOVA ENGRALHO de Dezembro de 2017

Local e Data

JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DATA: 001 V001/2017





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 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:
Mae: ANA MARIA FERREIRA Pai: JOSE ARNOR COSMO MAXIMINO
Logradouro: CONJ CRESCER, 192 Bairro: CENTRO Cidade: BREJINHO
CEP: 59219000 Telefone: 84.94712490 Compl:

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

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 27/10/2017 21:40:40				
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 vomitos com sangue. Estava sonolento

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

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A: mucosas avermelhadas
- B: urt. AHT si RA
- C: E: estufas
- D: KS
- E:

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Obs: normof.

Salida: _____

TOMOGRAFIA/IRMAGE
Data: 27/10/17 22:20
Técnico: *g. Senna* Monte
Exame: *TC Abdom.*



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

paciente 234, rec (moro) (sem agente).
Aparenta 1º rompimento / sem desvio.

EXAME FÍSICO

No momento: $RR = 15$, respirações,
pupila regular / eyelids intenso.

Saudável relato de Boletim 15/12

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

PEE

LABORATÓRIO

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

relevante = HEP f/ muito volumoso.

fratura linear f/ suspeita

sem grau, dgo direito desvio ósseo

clfice, h/ris, luis

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

clf: fratura clínica! Ag 22!
sem fratura no momento 23h
Agenda f/lo
Clínico juntar.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

PFH
-Virus Poxvirus
-Neuroleptina
-CRMART128

DESTINO DO PACIENTE:

subiu

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: N/A

DATA: 24/01/14 HORA: 23h

SAÍDA:

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

DATA: / / HORA:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

I.T.E.P.

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

Revista Farma
Neuroleptina
CRMART128

MCV

Médico (Carimbo)

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

STACAR

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

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 59020-230
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055799-0



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

Ligações Gráfitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 118

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

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0187 -Ligação Gráfita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gráfita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

JOSE ARNO DOS SANTOS MAXIMO
CPF: 703.014.254-34

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
CJ CRAS/CECR 192

CENTRO/ÁREA URBANA
58219-000 BRESINHO RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 41/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se concentram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO
20/10/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

48,62

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
13/10/2017

DATA DE APRESENTAÇÃO

13/10/2017

CONTA CONTRATO
007004812635

Nº DO CLIENTE

3010430688

Nº DA INSTALAÇÃO

0000101248

Série: U

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

9327.163E.PDB5.ED78.C883.E042.AP1C.843E

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,10829808	3,24
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,32278811	22,59
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	24,00	0,46418217	11,02
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,12
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,30
ICMS-Parcela Subvençional			8,36
Multa por atraso-NF 000478617 - 11/08/17			0,65
Juros por atraso-IP 000478617 - 11/08/17			0,31
Almaltização IGPM-NF 000478617 - 11/08/17			0,02
TOTAL DA FATURA			48,62

INFORMAÇOES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
42,27	16,00	7,60	42,27	1,11	0,46	42,27	8,14	3,44

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia elétrica(s):

VENDEDOR	DATA PAG.	VALOR
20000111	13/10/17	47,61

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá exercer sua tutela nas regras de restrição do crédito do SPC e SPC-Brasil, caso ocorrência da(o)ta. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não obriga débitos em discussão judicial que ainda não se colunado após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,10829808
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,32278811
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,46418217

OUT	17	18	19
JUN	17	18	19
JUL	17	18	19
JUN	17	18	19
MAI	17	18	19
ABR	17	18	19
MAR	17	18	19
FEV	17	18	19
JAN	17	18	19
DEZ	16	17	18
NOV	16	17	18
OUT	16	17	18

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO DE ENERGIA	VALOR	%
Consumo Ativo até 30 kWh	16,79	35,00
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	1,69	4,49
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	29,19	60,49
TOTAL	42,27	100

OUT	17	18	19
JUN	17	18	19
JUL	17	18	19
JUN	17	18	19
MAI	17	18	19
ABR	17	18	19
MAR	17	18	19
FEV	17	18	19
JAN	17	18	19
DEZ	16	17	18
NOV	16	17	18
OUT	16	17	18

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
TIPO DA FONTE	ANTERIOR	ATUAL	Nº	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO	DATA
1323330	0478617	10/10/2017	19.749,00	30/10/2017	19.636,00	81	1.000,00

DATA PREDICTA PARA A PRÓXIMA LIBERAÇÃO: 10/11/2017

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA
DC-Não deixa em Brangue	00000111	2,53	0,70	11,00	23,10		
DC-Não do zócos em Brangue		1,00	3,35	6,72	14,45		
DC-Não recarga máxima de Interrupção contínua		2,53	2,53	0,00	0,00		
DCR-Operação de Interrupção em dia útil							
DCD-Valor do Encargo de Uso e R\$ 10,28							
Nota: Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DC, DCR, DCRI e DCRII a qualquer tempo.							

INFORMAÇOES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em dinheiro.
Na data da liberação da 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 2,5% (Resolução ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 30,24.
O Cliente é compensado quando há descumprimento de prazo definido para os procedimentos de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo da disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMEADA(V)	LIMITES DE VARIAÇÃO(V)
MÍNIMO	MÁXIMO
220	202

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PROTÓCOLO RECEBIDO
12 MAR 2018
FERRA DO SOLADM E CORRETORA DE SEGS

09/11/2017 12:00

1 de 2

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

PROTÓCOLO
RECEBIDO
12 MAR 2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGUROS

Eu, João Gledison Ferreira Maximino,

RG 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. Ceará</u>
Número	<u>192</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Brejinho</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: Brejinho/RN 20/12/17

Assinatura do Declarante: JOÃO 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 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 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 José Gledison Ferreira Maximino inscrito (a) no CPF 302.838.504-57, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Gledison Ferreira Maximino inscrito (a) no CPF sob o N° 716.149.324-25, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima José Gledison Ferreira Maximino, inscrito (a) no CPF sob o N° 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 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	<u>Av. Ceará</u>	Número	<u>192</u>
Bairro	<u>Fazenda</u>	Cidade	<u>RN</u>
Email	<u>Rnejinho</u>	Estado	<u>59319-000</u>
		Telefone comercial (DDD)	<u>(084)99397-0155</u>
		Telefone celular (DDD)	

NOVA BRAGA/RN, 20 de Dezembro de 2017

Local e Data

José Gledison Ferreira Maximino
Assinatura do Declarante

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





SESA/PRN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 51997 /2017
Admissão: 27/10/2017 21:44:38

CIRURGIA GERAL - AMARELO

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

Parcialmente consciente de volta, inde - cause com vomito, com
com sangue, entorpe, sonolento

PROTÓCOLO
RECÍPROCO

12 MAR 2018

MEIGAS SOL NER
E CORRETORA DE SEGUROS

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Voz clara, regular, pernas SI levadas, Voz clara
- B Pupila 3 mm, SI RL A
- C ① entorpe
- D NS
- E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abd. normal.

*Saída: _____

TOMOGRAFIA AXIAL 22.7
Data: 27/10/17
Técnico: Gomz Monte
Exame: TC Abdomen









FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Jose' Gleber Silveira Ferreira Maximino ASA:
Idade: 23 Sexo: M Registro: 1165161

Diagnóstico: TEF - Hematocele extra dural D Data: 28/10/2014

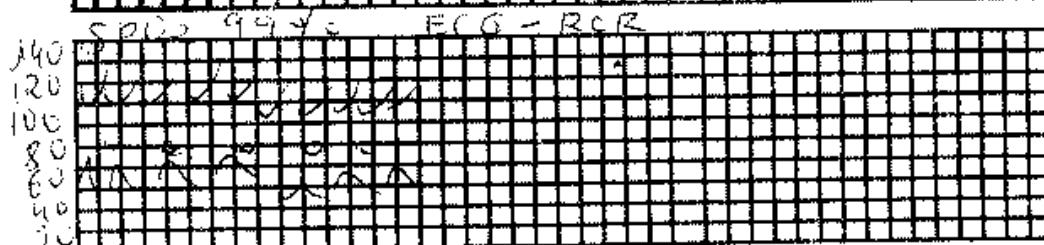
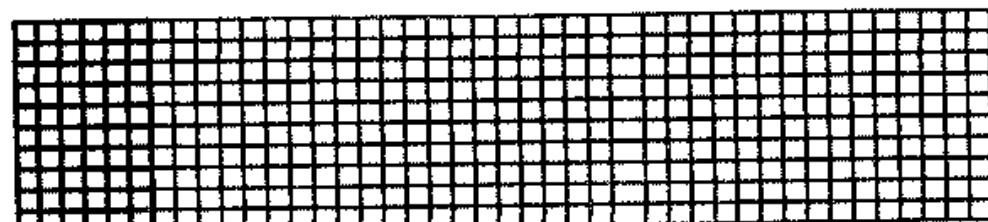
Geografia Realizada: Ressecção de hematocele extra dural

Cirurgião: Brinazirvane + Paula Auxiliar: _____

Anestesiologista: Márcia + Silvânia (foto imagem)

História Clínica Admisional: V. A. com exsudato metacarpo-olárico com entorncamento
bil (hematocele) com ressecção de hematocele extra dural de 100 ml

Técnica Anestésica: General intubada com IOT



inicio: 06:20

Término: _____

Anestésicos Utilizados:

1. Propofol 2ml/amp
2. cefalosporina 2g
3. epinefrina 1g/amp
4. midazolam 5
5. dexmedetomidina 0,75ug
6. fentanyl 6mg + 4ml
7. succinato de sódio

2. _____
4. _____
5. _____
6. _____
10. _____
12. _____
14. _____

Recebi o paciente de colégio de São Francisco de 01 a 3 de
dezembro em 2014 - Tratamento e procedimento em 02 de dezembro
com resultados ao final de 03 de dezembro

2014-11-06 18:18

Assinatura do Anestesiologista - CRM



IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Dr. Edson Ferreira* Reg. N° 47173

Diagnóstico pré-operatório: *ATO de 2.º de volta*

Urgência () Efetiva ()

Indicação terapêutica: *Ativ*

INTERVENÇÃO

Data: *10/07/2020* Início: *10/07/2020* Término: *10/07/2020* Duração:

CRM/CRO:

Operador: *Dr. Edson Ferreira*

CRM/CRO:

1º Auxiliar: *Assistente de Enfermagem*

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

CRM/CRO:

Anestesista: *Dr. Helvécio*

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Resumo: Ato de 2.º de volta. Pode ser feito
Operação realizada com sucesso. O resultado é ótimo.
Procedimento de balação. Tudo foi feito com segurança.
Pronto para alta. Paciente FHC - Satisfeito com o resultado.
Assistente informou que paciente - não apresenta sinal de dor.
Instrumentador informou que paciente - não sente dor.

Paulo Ribeiro, QC
Assistente
Assistente

Paulo Ribeiro, QC
Assistente
Assistente

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?



INICIO DE CIRURGIA: 01/12/2013
CIRURGIAO: DR. NUNO VIEIRA
1º AUXILIAR: DA PAULA
2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:
TIPO DE CIRURGIA: DRENAGEM

TÉRMINO DE CIRURGIA: _____

TERMINO DE OPERAÇÃO: SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (x) N.º DA SONDA: _____
 SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (x) N.º DA SONDA: _____
 EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (x) RX: SIM () NÃO (x) _____
 RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (x) TIPO: _____
 RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (x) TIPO: _____

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (x) FEITO FICHA: SIM () NÃO (x)
 MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (x) ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO (x)
 FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (x)
 DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (x)
 COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO (x) QUANTIDADE: _____
 GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO (x) QUANTIDADE: _____
 CAIXA CIRÚRGICA: ~~SEM CIRURGIA / NERVO VELHO DA CINTA~~
 COMPLETA: SIM (x) NÃO () OBS: _____
 ÓBITO: SIM () NÃO (x) HORA: _____ REALIZADO RCP: SIM () NÃO (x)

RESPONSÁVEL PELA RCP: _____
PACIENTE ENCAMINHADO: CRO () UTI () ALTA ()
EM AR AMBIENTE: SIM () NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()
ENTUBADO: SIM () NÃO ()
PREENCHIDO AIH: SIM () NÃO ()
FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM () NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÕES: PREGNANTE AGRUPADA NO 2º TRIMESTRE, COM 30 ANOS, PESO 65 KG, ALTURA 1,65 M, PESO 60 KG. TENSÃO ARTERIAL 120/80, PULSATIL 60, SPO2 100%.
A paciente é diabética, com menorada de 100 mg/dia. FUMAÇO NÃO FUMA. HABITO ALCOÓLICO, CONSUMO 200 G/SEMANA. AVALIAÇÃO: PESO DE 60 KG, TENSÃO ARTERIAL 120/80, PULSATIL 60, SPO2 100%.
NÚCLEO FASCIAL DE MUSCULOS ESTERGICOS. PREOPERATÓRIAMENTE, PESO 60 KG, TENSÃO ARTERIAL 120/80, PULSATIL 60, SPO2 100%.
CARTAS ASSISTIR A PREGNANCIA E PERTINENCIAS: PT # 128/96, IDADE: 30 ANOS, PESO: 60 KG, ALTURA: 1,65 M, PESO: 60 KG, TENSÃO ARTERIAL: 120/80, PULSATIL: 60, SPO2: 100%.
NÚCLEO FASCIAL DE MUSCULOS ESTERGICOS. PREOPERATÓRIAMENTE, PESO 60 KG, TENSÃO ARTERIAL 120/80, PULSATIL 60, SPO2 100%.
EM TABELA: MEDIDA 100, PESO 60, ALTURA 1,65, IDADE 30, PESO 60, TENSÃO ARTERIAL 120/80, PULSATIL 60, SPO2 100%.

Assistente de (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado



38

卷之三







Yara G. S. L. - Exame de Medicina

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Leopoldo Muniz e Horácio Góes Adelino Góes e Cleóvis Barreto		REQUISIÇÃO DE EXAMES
IDENTIFICAÇÃO:		
NOME: <i>Yara G. S. L.</i>	SEXO: MASCULINO	DATA DE NASCIMENTO: <i>11/11/1991</i>
LEITO: <i>Sim</i>	UNIF: <i>UFRN</i>	UTI: <i>Não</i>
SETOR: PSA <input checked="" type="checkbox"/> ESCI <input type="checkbox"/> COVACO <input type="checkbox"/> INFIRM <input type="checkbox"/>	DATA: <i>14/10/17</i>	HORA: <i>20:00</i>
URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> ELETIVA: <input type="checkbox"/>	EXAMES:	
<input checked="" type="checkbox"/> HEMOGRAFIA <input type="checkbox"/> SÓDIO <input type="checkbox"/> D-DIMERO <input type="checkbox"/> GLICEMIA <input type="checkbox"/> POTÁSSIO <input checked="" type="checkbox"/> TAM/TPA/INR <input checked="" type="checkbox"/> UREIA <input type="checkbox"/> CÁLCIO <input type="checkbox"/> LACTATO <input checked="" type="checkbox"/> CREATININA <input type="checkbox"/> MAGNÉSIO <input type="checkbox"/> POSS. ALCALINA <input type="checkbox"/> TGO <input type="checkbox"/> VSH <input type="checkbox"/> CLASIF. ARQ/RH <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 FFL <input type="checkbox"/> AMILASE <input type="checkbox"/> CKMB <input type="checkbox"/> TRIGLICERÍDEOS <input type="checkbox"/> DHL <input type="checkbox"/> TROPONINA <input type="checkbox"/> PROT. FÍGÓGÓNEAS <input type="checkbox"/> GAMA GT <input type="checkbox"/> MIOGLOBINA <input type="checkbox"/> SUMÁRIO DE URINA <input type="checkbox"/> GASOMETRIA: ARTERIAL () VENOSA ()		
<small>* = EXAMES NÃO REALIZADOS NA URGÊNCIA</small>		
OUTROS EXAMES (INCLUIR EXAMES DE IMAGEM): <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Yara

ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE

Missão: Olhos, no Rio Grande do Norte, a assistência à saúde para crianças e adultos em situação de vulnerabilidade social, desajustes, migrantes e refugiados, com ênfase na promoção de melhores condições de vida e na redução de riscos à sua saúde. Atenção à saúde da população de baixa renda, com ênfase na promoção de melhores condições de vida e na redução de riscos à sua saúde.



Leito 235

29/10/2017

1. PCD Baço-Pancreas Direita com 200g.
Exofilitico estreito, 50 limpado com liga de coagulação.
RCG-15, sem paroxismos.

CD: Aguarda TC de controle pós operatório.

PRESCRIÇÃO

1. Dextrose 5%
2. S.F. 0,9% + 1000ml/dia
3. Fiosol 2ml + 18 ml abd iv 8/3h 5h
4. Dipirona 2ml + 8 ml ABD iv 5/5h
5. Ractividina 50mg 0,2ml + 1,5ml de ABD, iv, 22/12h
6. Curativo Diário de Ferida Operatória
7. CCGG + SSW
8. Aguarda TC de Crânio
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17



JOSÉ GLEBSON PEREIRA

Leito

235

30/10/2017

3aOPo de imatagem de RBD Fazendo metade direito
Paciente evolui estava com intensas dores.
Ao exame: ECG=15
Sem deficit focal

FO seca

Conduta: Alta hospitalar

PRESCRIÇÃO

1	Dieta livre							
2	S.F. 0,9% - 1000ml/dia		500					
3	Plasil 2 ml + 18 ml abd IV 8/8h so	5	/p					
4	Dipirona 2ml + 8 ml ABD IV 6/6h	12						
5	Rantidina 50mg 02mL+18ml de ABD, EV, 12/12H							
6	Curativo Diárra de ferida Operatória							
7	CCG + SSV							
8	Alta hospitalar							



	GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho		RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNIC E EXAME FÍSICO
Nome: <i>Jenilene Souza Góes</i> Sexo: <i>Feminino</i> Idade: <i>21</i> N° Registro: <i>2007141704561290000055367563</i>			
HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS			
Data: <i>29/10/20</i> Hora: <i>10:10</i>			
<p><i>Exame feito</i></p> <p><i>Per. MSA</i></p> <p><i>Horário: 10:10h</i></p> <p><i>Sexo: feminino</i></p> <p><i>Cor: branca</i></p> <p><i>Palpebral: sim, com exsudado, 0,5 cm</i></p> <p><i>Exocâncris: não, com exsudado, 0,5 cm</i></p> <p><i>Orbita: normal, com exsudado, 0,5 cm</i></p> <p><i>Entorno: branco, limpo</i></p> <p><i>Fratura frontal (0)</i></p> <p><i>Olho: (Normal)</i></p> <p><i>Olhos: sim, com exsudado, 0,5 cm</i></p> <p><i>Assinatura: MSA</i></p> <p><i>29/10/2020</i></p> <p><i>Outras observações:</i></p> <p><i>Olhos: sim, com exsudado, 0,5 cm</i></p> <p><i>Palpebral: sim, com exsudado, 0,5 cm</i></p> <p><i>Exocâncris: não, com exsudado, 0,5 cm</i></p> <p><i>Orbita: normal, com exsudado, 0,5 cm</i></p> <p><i>Entorno: branco, limpo</i></p> <p><i>Fratura frontal (0)</i></p> <p><i>Olho: (Normal)</i></p> <p><i>Olhos: sim, com exsudado, 0,5 cm</i></p> <p><i>Assinatura: MSA</i></p>			





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DIVISÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

NOME: Adriano Lopes ENF: 1111 LEITO: 11
IDADE: 11 PESO: 30 ALTURA: 1,10 N° REG: 1111
DIAGNÓSTICO: Hipertensão arterial
TMB NC: _____
DIETA: Normal

EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

DATA	TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO NUTRICIONISTA QUE FEZ





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Praça Socorro Cívico Sárinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Isabel Góes Lemos Ferreira Mariano IDADE: 31 ANOS

DATA DE NASCIMENTO: 14/09/1980

REGISTRO: 114811 HORA: 08:45

DATA DE ADMISSÃO: 24/05/2017

ADMISSÃO DO PACIENTE: NEUROCRÍTICA

CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: NEUROCRÍTICA ACESSO CENTRAL:

HIDRATAÇÃO: SIM NÃO VIA: PERIFÉRICO ACESSO CENTRAL:

NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE ORIENTADO VIGIL AGITADO

INCONSCIENTE:

ESTADO GERAL: BOM REGULAR GRAVE TRAQUEOSTOMIZADOR:

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE M.V. ENTUBADO HIPERTENSO: SIM NÃO

ALÉRGICO: SIM NÃO ASMÁTICO: SIM NÃO

DIABÉTICO: SIM NÃO

DOENÇA RENAL: SIM NÃO OUTRAS PATOLOGIAS: _____

MEDICAÇÕES EM USO: _____

CIRURGIAS ANTERIORES: _____

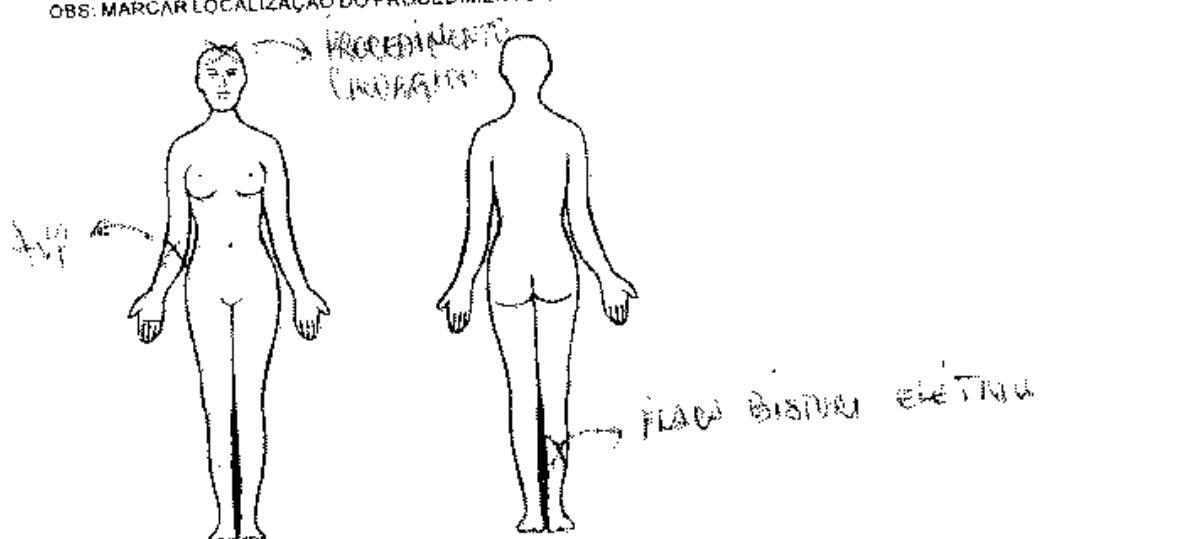
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM NÃO

OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: FEIT PELA TÉCNICA HORA: 08:45

ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



INSTRUMENTADO: Hospitalar ACESSO CENTRAL: _____

CIRCULANTE: Hospitalar LOCAL:

TIPO DE ANESTESIA: GERAL RAQUI PERIOD B.P.B. LOCAL

OBS: _____

ANESTESISTA: DR. SIMPLICIO / DR. MARIA HELENA

INÍCIO DE ANESTESIA: 08:45





En el año 1990 se realizó la primera reunión de trabajo entre el Comité de la Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros y la Comisión de la Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros de la Cámara de Diputados, la cual se realizó en la sede de la Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros.

卷之三

卷之三

卷之三

505

11

DATE	DESCRIPTION	DEBIT	CREDIT	BALANCE
23/5/97				
00:30				
12:00				
14:00				
15:00				
17:30				
18:05				

બાળ માનુષ

100

BALANCE SHEET	
Assets	Liabilities

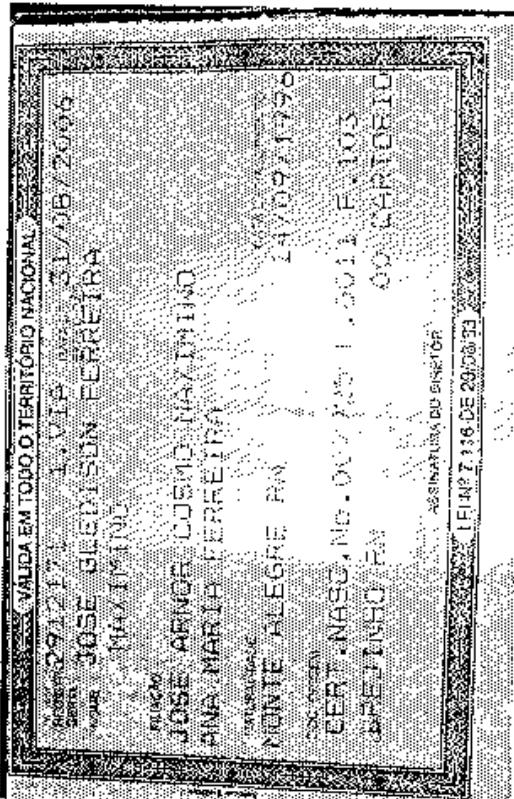
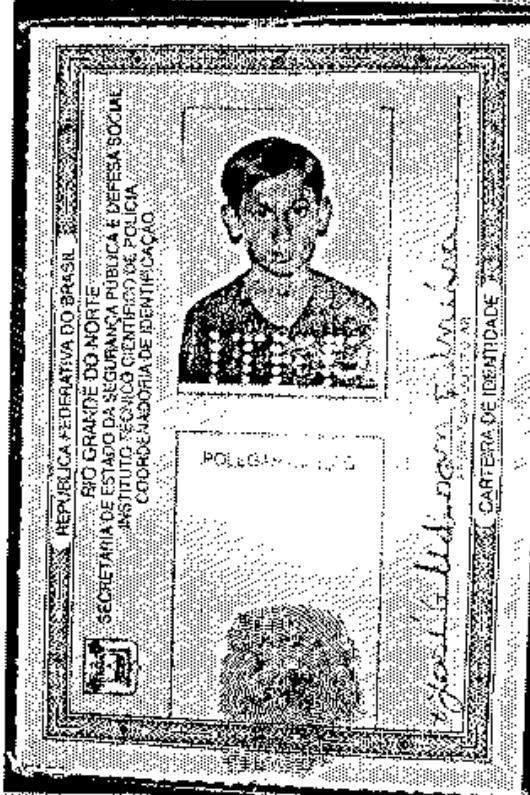
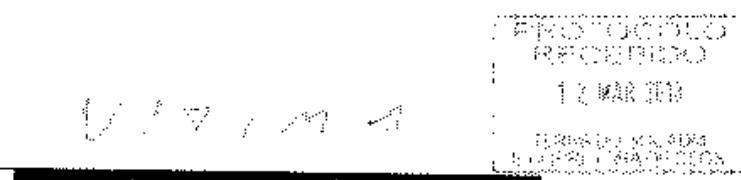
1. *See* *Robert E. Lutz, The Economics of the Environment* (1974), pp. 11-12.

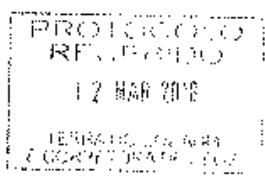
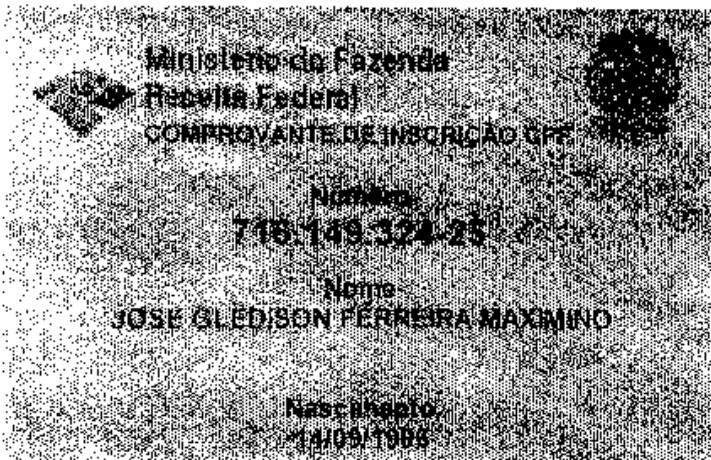
010,019,107,0



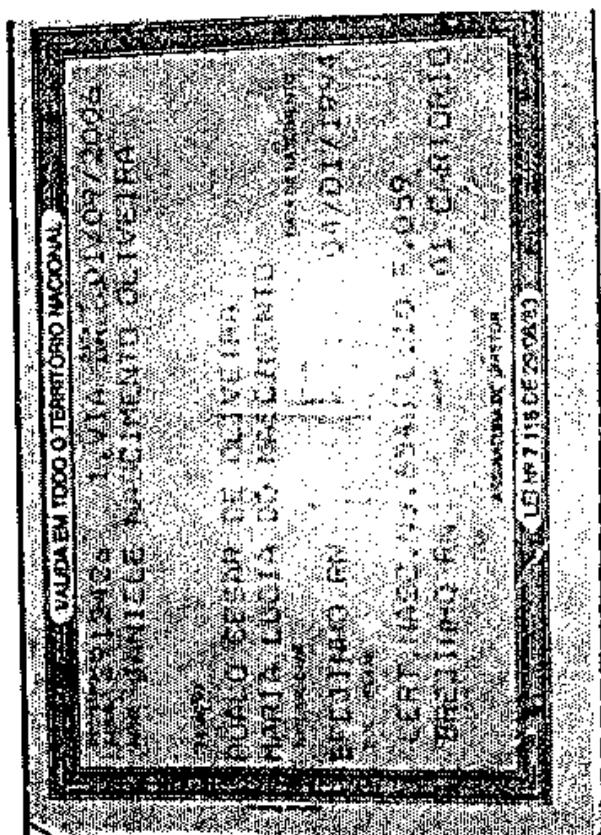
DATA	HORA	NCV	ESPECIALISTA
DATA 27/01	12:30		
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE			
Atenção: é de responsabilidade do especialista a realização das exames e procedimentos			
<p>1. <i>Assinatura</i></p> <p>2. <i>Nome</i></p> <p>3. <i>CRM</i></p> <p>4. <i>CPF</i></p> <p>5. <i>Endereço</i></p> <p>6. <i>Telefone</i></p> <p>7. <i>Exames e Procedimentos</i></p> <p>8. <i>Medicamentos</i></p> <p>9. <i>Observações</i></p> <p>10. <i>Assinatura</i></p>			







1886. Oct. 30th





Dados do Veículo de placa MZ11716				Em 21/12/2017 10:05:58 por ANTONIO EVERALDO DE LIMA JUNIOR								
Placa	Renavam	Placa Anterior	Tipo	Categoria	Especie	Lugares						
MZ11716	938099493	MZ11716/RN	4-MOTOCICLETA	1-Particular	1-Passageiro	2						
Marca/Modelo				Combustível	Carroceria							
002811-HONDA/CG 125				2-Gasolina	999-NAO							
FAN(Nacional)	Fabricação/Modelo	Potência		Cor	APLICAVEL							
	2007/2008	0		11-PRETA								
Nome do Proprietário				Recadastrado DETRAN								
ANA MARIA FERREIRA				DetranNet								
Proprietário Anterior				Situação Lacre								
JOSE GOMES DE MACEDO				REGULAR Portaria 272/2007								
Município de Emplacamento				DENATRAN								
BREJINHO				Adquirido em	Situação							
				20/07/2015	Em Circulação							
Restrição à Venda												
Sem gravame												
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame												
Nenhuma informação pendente até esta data												
Impedimentos												
Nenhum impedimento registrado até esta data												
<ul style="list-style-type: none"> ► Características do Veículo ► Dados do Proprietário 												
<p>▼ Listagem de Débitos</p> <p>Nenhum débito em aberto cadastrado para este veículo.</p>												
<p>▼ Listagem de Multas</p> <p>Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.</p>												
<p>▼ Infrações em Autuação</p> <table border="1"> <tr> <td>Num. Auto</td> <td>Descrição</td> <td>Local/Complemento</td> </tr> <tr> <td>DETAN-120100-A 18146939-5010</td> <td>DIRIGIR SEM POSSUIR CNH/PPD/ACC OU PERMISSÃO PARA DIRIGIR Em aberto Em BREJINHO no dia 27/10/2017 às 19h00m</td> <td>BREJINHO PROX. A CAPELA SANTO ANTONIO</td> </tr> </table>							Num. Auto	Descrição	Local/Complemento	DETAN-120100-A 18146939-5010	DIRIGIR SEM POSSUIR CNH/PPD/ACC OU PERMISSÃO PARA DIRIGIR Em aberto Em BREJINHO no dia 27/10/2017 às 19h00m	BREJINHO PROX. A CAPELA SANTO ANTONIO
Num. Auto	Descrição	Local/Complemento										
DETAN-120100-A 18146939-5010	DIRIGIR SEM POSSUIR CNH/PPD/ACC OU PERMISSÃO PARA DIRIGIR Em aberto Em BREJINHO no dia 27/10/2017 às 19h00m	BREJINHO PROX. A CAPELA SANTO ANTONIO										
<ul style="list-style-type: none"> ► Último Processo 												

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/03/2018

Valorização 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 %

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 MAXIMINO **Data do acidente:** 27/10/2017 **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

PARECER

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

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

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:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Jose Gledison Ferreira Maximino
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	Agricultor
IDENTIDADE:	2912377
ENDEREÇO:	Rua, Conjunto, Centro N° 192. Centro-Brejinho/RN

OUTORGADO

NOME:	MANIELE NASCIMENTO OLIVEIRA.
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	Agricultora
IDENTIDADE:	2932926
ENDEREÇO:	Rua Conjunto Centro N. 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

Assinada(s) devidamente assinada(s) com a

AUTENTICIDADE RECONHECIMENTO

SEMELHANÇA

15 DEZ 2017

Brejinho/RN.

Em testemunha: De: ANNE KATINE ANDRADE SILVA

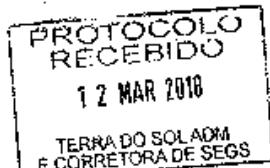
ANNE KATINE ANDRADE SILVA

12 MAR 2018

PROTÓCOLO RECEBIDO

12 MAR 2018

TERRA DO SOLADM E CORRETORA DE SEGS



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE GLEDISON FERREIRA MAXIMINO**

Nº Sinistro: **3180114641**
Vitima: **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



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



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



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



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 GLEISON 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 de Azevedo Neto
Ortopedista e Traumatologista
CRM 3940 - CRO 407 - MPTO

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



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 14/07/2020 17:04:57

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071417045612900000055367563>

Número do documento: 20071417045612900000055367563

Num. 57634015 - Pág. 42



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 **3180114641** CPF da Vítima **716.149.324-26** Nome completo da vítima **José Gleidison Ferreira Maximino**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Endereço Bairro Email	José Gleidison Ferreira Maximino Conjunto Cusco Centro	CPF titular da conta Número Estado	716.149.324-26 192 RN	Profissão Complemento CEP Telefone (DDD)	Agricultor 59819-000
--	---	--	--	---	---------------------------------------

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

AGÊNCIA NRO. DN
(Informar dígito se existir) CONTA NRO. DN
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: **Banco do Brasil** NRO. **1001**
AGÊNCIA NRO. **0614** DN **9** CONTA NRO. **24.470** DN
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

PROTÓCOLO RECEBIDO
16 ABR 2018
TERRA DO SOL ADM CORRETORA DE SEGUROS

José Gleidison Ferreira Maximino

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2027



SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
12/04/2018 - Autodesenvolvimento 001-31-008
001471009 0119

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO	JOSÉ G FERREIRA MARINHO
AGÊNCIA:	0614-9
CONTA:	24.470-8
VALOR *	██████████
NR. ENVELOPE	2.348.341.871

* Recolhido em: 12/04/2018, na Agência 0614-9.

*VALOR SUJEITO A CONFIRMAÇÃO

Depositos realizados durante o expediente bancário serão conferidos e processados até as 23h59 do mesmo dia. Após o expediente bancário, aos sábados, domingos e feriados, até as 23h59 do primeiro dia útil subsequente.

Se houver divergência no valor depositado, o envelope será processado pelo valor apurado. Envelopes vazios não serão abertos e permanecerão disponíveis por 60 dias na agência onde foi depositado, para visualização.

Acompanhe o processamento do seu depósito nos canais BB na opção "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletrônico
Central de atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regiões metropolitanas)
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

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

PROTÓCOLO
RECERVIDO
16 ABR 2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGUROS





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 fique 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

Nome completo da vítima

736.349.324-25 José Gledison Ferreira Maximino

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

José Gledison Ferreira Maximino

Endereço

Av. Crotor

Bairro

Centro

Email

Cidade

Bonfim

CPF titular da conta

736.349.324-25

Número

192

Estado

SEN

Profissão

Recepcionista

Complemento

CEP

59219-000

Telefone (DDD)

(084)98780-6844

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

RECLUSO INFORMAR

SEM RENDA

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)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todas os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

DIV

NRO.

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

DIV

(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 Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

NOVA IURU RN 20 de Dezembro de 2017

Local e Data

PROTOCOLO RECEBIDO

12 MAR 2018

TERESA ROLÂM
EX-DELEGADA DE SEGS

José Gledison Ferreira Maximino

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017



Banco Postal

4.2. Abertura do Capítulo 40

Agência : 6030400-001-0000000
Terminal : 6030400 Id. Trx. : 92201
Nro Aut. : 100944 Caixa : 00002255
Data : 15/12/2017 Hora : 10:06
(Horário de Brasília)

FunkO DU LKASSE

蜀川源流(1936)(24 版)

**CONFERÊNCIA
PROPOSTA DE AGRICULTURA DA CLIMA PESSOA-FAMÍLIA**

TITULAR: JOSE SEDDISON NORALIA MAGNARDO
AGENCIA: 2313-3 COMIS: 23-BFT
VARIEDAD: LIBRERIA, 61

Z 3.641 - 1

PROTÓCOLO
RECEBIDO
12 MAR 2018





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: dpre5@hotmail.com

PROTÓCOLO
RECEBIDO

12 MAR 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGUROS

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 hora 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 M 27 1716 Cidade BREJINHO UF RN
Marca/Mod. HONDA 110 125 FAN Cor PRETA Ano 2007/2008
Proprietário RAIA MARIA FERREIRA N° de Ocupantes 01
Condutor JOSÉ GLEDISON FERREIRA MAXIMINO Data de Nasc. 1/1
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF/Nº _____ CNH N° _____ Validade _____ / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ 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

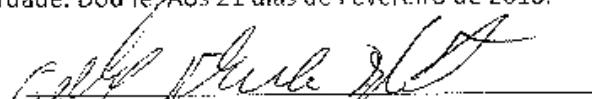
Nome: José Gledison Ferreira Maximino

RG: 2912171 Orgão Expedidor: SSP/RN Data de Nascimento: 14.09.1996

Endereço: Rua Mermoz 150 Cidade: Natal-RN

Vítima condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
13 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____
Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
RG N° _____ N° _____ Fone _____
Endereço _____ Cidade _____ UF _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Verão _____
Assinatura _____ Hora _____

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



Cb PM Gilvando Flávio

Matrícula: 165.718-6

Agente de Trânsito do 1º GPRE/5ºDPRE/CPRF





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR
COMANDO DE PÓLICIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT

044540

1 - LOCAL E DATA

Local 3110 XIQUE-XIQUE Bairro ZONA RURAL
Município BREJINHO P. Ref. CAPOETA SANTO ANTÔNIO
Data 27/10/2017 Hora do acidente 13:00 Hora do registro 20:30 Dia da semana SEXTA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal - Colisão Lateral - Capotamento
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque

PROTÓCOLO RECEBIDO
12 MAR 2018
P. Ref. TERBADO SOL. ADM E CORRETORA DE SEGS

3 - VEÍCULO 01

Placa ou Chassi M2J 1716 Cidade BREJINHO UF RN
Marca/Mod. HONDA /EC 125 FAM Cor PRETA Ano 2007/2008
Proprietário ANA MARIA FERREIRA N° de Ocupantes 01
Condutor JOSE CLEISON FERREIRA MACHADO Data de Nasc. 1/1
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF/Nº _____ CNH N° _____ Validade 1/1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02

Placa ou Chassi MYV 8346 Cidade NOVA CRUZ UF RN
Marca/Mod. GM / VOLTA 4P SUPER Cor PRATA Ano 2007/2008
Proprietário ANNE ELIZABETH MOREIRA DE SOUZA N° de Ocupantes 04
Condutor A PROPRIETÁRIA Data de Nasc. 30/03/1962
Endereço AV. OSÉAR FIRMINO DE MEDEIROS N° 220 Fone 3444 8241
Bairro ALTO DAS FLORES Cidade NOVA CRUZ UF RN
CPF N° 383 10523468 CNH N° 01089469006 Validade 04/08/2020 Categoria B
Local de Trabalho ESCOLA ESTADUAL ALBERTO PARANÁ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. 1/1
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade 1/1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. 1/1
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade 1/1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ 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, AO VER AO TENTA 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 LIVRAR PUXANDO O CARRO PARA O ACOSTAMENTO, NOSSO ASSIM NÃO CONSEGUI EVITAR A COLISÃO.

Assinatura do Condutor do V2

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?

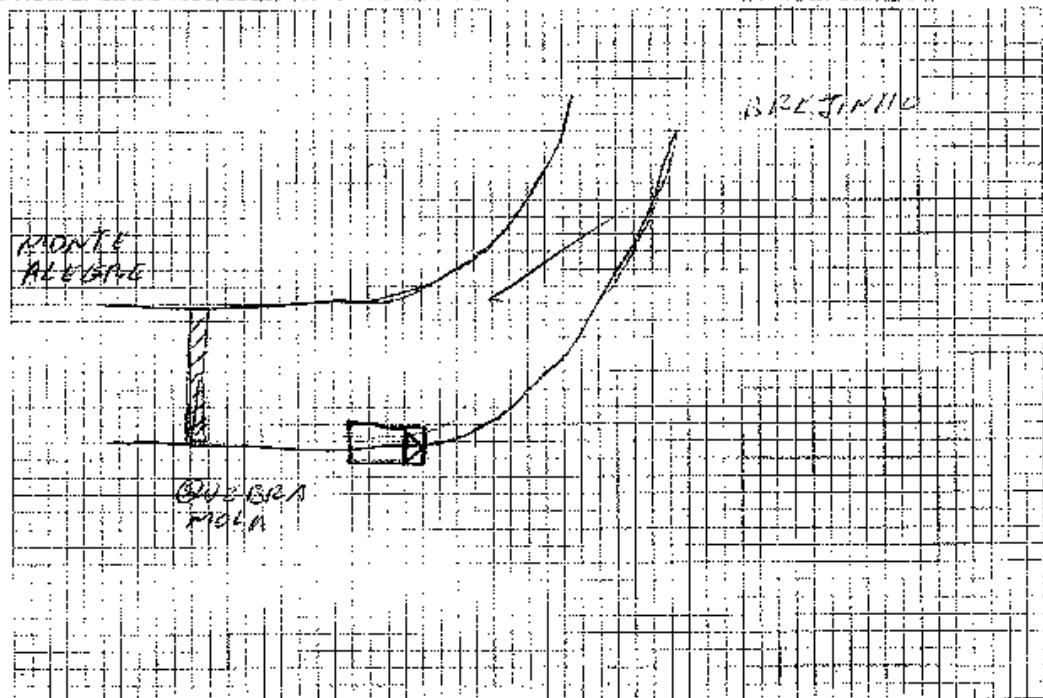
Versão do condutor:

Assinatura do Condutor do V4



8. - CONDIÇÕES DA VIA

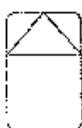
9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRANSPO



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VÉHICULO

MOTOR: PANELED



AVARIAS DO VÍCIO (3)

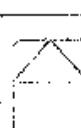
1998-2000: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (JACAP) (1998-2000)

MANIAS DO VEHÍCULO 2

SUSPENSÃO DIANTEIRA ESQUERDA,
EAPN 2.



ANSWER TO A QUESTION



11. Última condutora de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para: _____

Nome RATIFICA XAVIER MARQUES DE MELO Orgão Expedidor ITEP - RN Data de Nascimento 16/11/1958
 RG N° 002364098 Presenciou: Testemunha Fato Registro
 Endereço RUA PROF. JOSEPIO DE ALMEIDA QUARTE 198 Cidade NOVA CRUZ UF RN
 Bairro CENTRO Cidade NOVA CRUZ UF RN
 Versão RATIFICA A VERSÃO DA CONDUTORA DE V2.

Assinatura Ratificalo Hora _____

12. Última condutora de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para: _____

Nome ANNE GABRIELA PORTEIRA DE SOUZA MELO Orgão Expedidor ITEP - RN Data de Nascimento 27/10/1990
 RG N° 09507301964 Presenciou: Testemunha Fato Registro
 Endereço RUA OSÉAR FIRMINO DE MEDEIROS N° 220 Cidade NOVA CRUZ UF RN
 Bairro ALTO DAS FLORES Cidade NOVA CRUZ UF RN
 Versão RATIFICA A VERSÃO DA CONDUTORA DE V2.

Assinatura Anne Hora _____

13. Última condutora de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para: _____

Nome _____ RG N° _____ Orgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____
 Endereço _____ Bairro _____ Cidade _____ N° _____ Fone _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14. Última condutora de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para: _____

Nome _____ RG N° _____ Orgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____
 Endereço _____ Bairro _____ Cidade _____ N° _____ Fone _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15. SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome _____ RG N° _____ Orgão Exp. _____ N° _____
 Endereço _____ Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16. IMAGENS/FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO ATEN. COD/DESD.

17. OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

* AO CHEGAR NO LOCAL V1 HAVIA S100 REMOVIDO DO LOCAL
 POR POPULARES.

Nome Completo do Agente CILVANDO FLORENCIO BATISTA
 POSTO/GRAD.: 63 PM PM N° 10001264 Viatura 530 Subunid. 5º OPRE
 Local e Data BREJINHO . 27 de 10 de 2017 Assinatura do Agente de Trânsito

