
Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190685075

Vítima: FRANCISCA FABIOLA DA SILVA

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCA FABIOLA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190685075

Vítima: FRANCISCA FABIOLA DA SILVA

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCA FABIOLA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190685075

Vítima: FRANCISCA FABIOLA DA SILVA

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCA FABIOLA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: FRANCISCA FABIOLA DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000002008

Conta: 000000001798-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

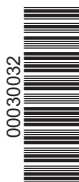
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASE: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

914-692-364-00

Francisca Fabíola da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Francisca Fabíola da Silva

914-692-364-00

Recuso

Rua Rios de Campos

775

Casa

Passagem de Areia

Parnamirim

RN

59145-630

(84) 99134-3008 (84) 99806-1091

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (233)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 2008 001 CONTA: 0000 1798 9

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada e na apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheira(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar nome e data de falecimento: 30 - Vítima deixou nascituro(viagem)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar nome e data de falecimento: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, sob pena de multa, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 35 - CPF válido de quem assina a pedido (a rogo): 36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

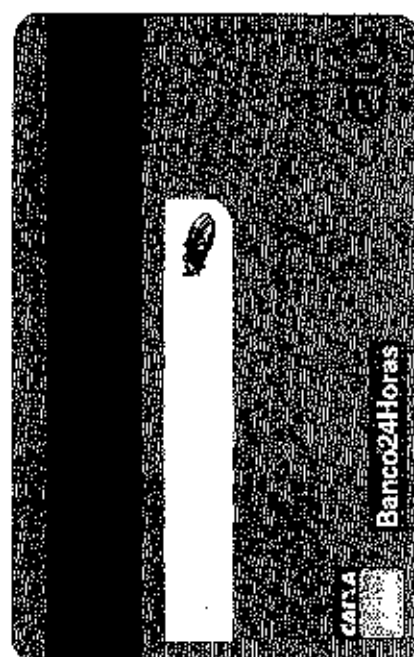
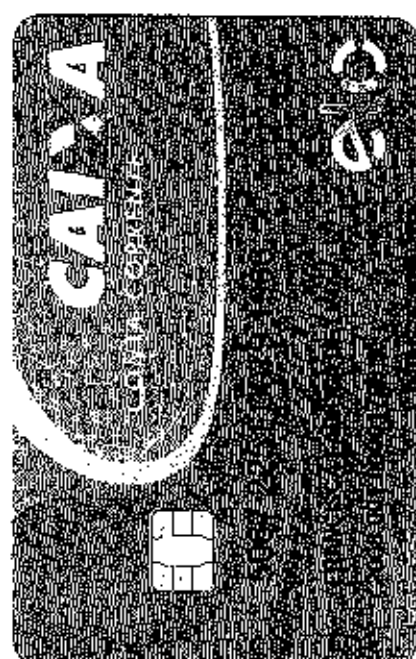
40 - Local e Data: Parnamirim 06 de Dezembro de 2019.

Francisca Fabíola da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190685075
Nome do(a) Examinado(a): Francisca Fabiola da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Pires de Campos, 775
Psg de Areia Parnamirim RN CEP: 59145-830
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 1639231
Data local do acidente: [20/09/2019]
Data local do exame: [17/12/2019] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA COM FERIMENTO NO HÁLUX ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO SUTURA DE FERIMENTO NA REGIÃO DO PÉ ESQUERDO.
Data da Alta: 21/11/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA EXTENSÃO (20°) DE HÁLUX ESQUERDO, FERIMENTO CICATRIZADO NA REGIÃO DO 1° RAI DO PÉ ESQUERDO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
INVALIDEZ AO NÍVEL DE HÁLUX ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DA ADM.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
1º DEDO DO PÉ (HÁLUX) - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


DR. URAÍ DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190685075
Nome do(a) Examinado(a): Francisca Fabiola da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Pires de Campos, 775
Psg de Areia Parnamirim RN CEP: 59145-830
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 1639231
Data local do acidente: [20/09/2019]
Data local do exame: [17/12/2019] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA COM FERIMENTO NO HÁLUX ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO SUTURA DE FERIMENTO NA REGIÃO DO PÉ ESQUERDO.
Data da Alta: 21/11/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA EXTENSÃO (20°) DE HÁLUX ESQUERDO, FERIMENTO CICATRIZADO NA REGIÃO DO 1° RAI DO PÉ ESQUERDO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
INVALIDEZ AO NÍVEL DE HÁLUX ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DA ADM.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
1º DEDO DO PÉ (HÁLUX) - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|--|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


DR. URAÍ DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM - PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 060670/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/11/2019 08:33 Data/Hora Fim: 20/11/2019 09:00
Delegado de Polícia: Luiz Gonzaga Pontes de Lucena

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: 1º Distrito Policial de Parnamirim

Data/Hora do Fato: 20/09/2019 16:10 (Data e Hora Aproximadas)

Local do Fato

Município: Parnamirim (RN)

Logradouro: RUA SENADOR DUARTE FILHO

Bairro: Passagem de Areia

Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Outro(s)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCA FABIOLA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Lagoa de Velhos

Sexo: Feminino

Nasc: 10/12/1964

Profissão: Funcionário Público

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: ANA PINHEIRO DA SILVA

Nome do Pai: SEVERINO ALVES DA SILVA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 914.692.364-00

RG - Carteira de Identidade: 1639231

Endereço

Município: Parnamirim - RN

Logradouro: R TEN PIRES DE CAMPOS

Nº: 775

Bairro: PASSAGEM DE AREIA

CEP: 59.145-630

Nome Civil: NÃO DECLARADO 1 (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 22

Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Parnamirim - RN

Nome Civil: FRANCISCO CANINDE DOMINGOS (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Lajes

Sexo: Masculino

Nasc: 10/04/1980

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: MARIA ELIAS BARBOZA DOMINGOS

Nome do Pai: MANOEL DOMINGOS SOBRINHO

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 037.117.274-84

RG - Carteira de Identidade: 1769653

Endereço



Delegado de Polícia Civil: Luiz Gonzaga Pontes de Lucena
Impresso por: João Maria Gaby
Data de Impressão: 20/11/2019 09:02
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM - PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 060670/2019

Município: Parnamirim - RN
Logradouro: RUA PIRES DE CAMPOS
Bairro: PASSAGEM DE AREIA

Nº: 775
CEP: 59.145-830

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição HONDA/CG 160 START	CPF/CNPJ do Proprietário 037.117.274-84
Placa QGO1231	Renavam 01109908277
Número do Motor KC25E0H022752	Número do Chassi 8C2KC2500HR022747
Ano/Modelo Fabricação 2017/2016	Cor VERMELHA
UF Veículo Rio Grande do Norte	Município Veículo Parnamirim
Marca/Modelo HONDA/CG 160 START	Modelo HONDA/CG 160 START
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 15/02/2017
Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
FRANCISCO CANINDE DOMINGOS	Proprietário

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTO HONDA FAN KS	CPF/CNPJ do Proprietário 071.372.314-97
Placa NNU0731	Renavam 00300201168
Número do Motor JC41E1B441755	Número do Chassi 9C2JC4110BR441755
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Cor PRETA
UF Veículo Rio Grande do Norte	Município Veículo Natal
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 25/11/2015
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Não Declarado 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE PILOTAVA SUA MOTO HONDA/CG 160 START, DE PLACA QGO 1231, VERMELHO, PRÓXIMO A FÁBRICA BONOR, QUANDO UMA MOTO TIPO HONDA FAN KS, DE PLACA NNU 0731, ATRAVESSOU O SEU PERCURSO E A FEZ FREAR BRUSCAMENTE FAZENDO-A PERDER O EQUILÍBRIO E CAIR AO CHÃO, FAZENDO A MARCHA DO PÉ PERFURAR SEU PÉ, SENDO ATENDIDA PELO SERVIÇO DA SAMU ÀS 16:22 H, E SOCORRIDA ATÉ O HOSPITAL DEOCLÉCIO MARQUES SEGUNDO B.O DE URGÊNCIA DE Nº 46.



Delegado de Polícia Civil: Luiz Gonzaga Pontes de Lucena
Impresso por: João Maria Gaby
Data de Impressão: 20/11/2019 09:02
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM - PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 060670/2019

ASSINATURAS

João Maria Gaby de Miranda

João Maria Gaby
Agente de Polícia
Matrícula 167.358-4

Responsável pelo Atendimento

Francisca Fabiola da Silva

FRANCISCA FABIOLA DA SILVA
(Comunicante / Vítima)

*Declaro para os devidos fins do duto que sou a(s) única(s) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que da origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúnciação, 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contumacia do Código Penal Brasileiro.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASE: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA

AGÊNCIA: 2008 001 CONTA: 0000 1798 9 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder, para confirmação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima teve filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, e que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

Assinatura digital da vítima ou beneficiário

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

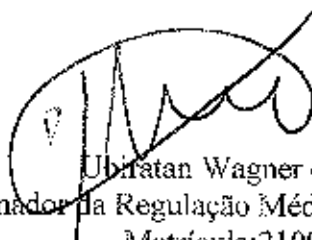


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 /RN

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessários, que foi encontrada a ocorrência de N°175990/1 referente ao paciente **FRANCISCA FABIOLA DA SILVA** 54 anos, atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 20/09/2019 em Parnamirim/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 07 de novembro de 2019.



Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
Matrícula:210991-3



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 175990/1

Data: 20/09/2019

CLASSIFICAÇÃO

TARM: FABIANA MARIA DA SILVA ALVES

Médico Regulação: THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO

Rádio Operador: THATIANE BEATRIZ B. LOPES

Médico Cena: THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 66 (PARNAMIRIM)

Equipe VTR: MARCOS ROMEL SANTOS DE FREITAS - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
MARIA ANTÔNIA DO NASCIMENTO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA TROTE INFORMAÇÃO ENGANO QUEDA DA LIGAÇÃO CONTATO COM EQUIPE SAMU TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: PARNAMIRIM

Nome do Solicitante: CRISNELO

Telefone: (84) 99669-2607

Nome do Paciente:

FRANCISCO FABIOLA DA SILVA

Idade: *

54 ANO(S)

Sexo: *

FEMININO

Endereço: RUA SENADOR DUARTE FILHO

Nº: VP

Bairro: PASSAGEM DE AREIA

Outro Bairro:

Referência/Complemento: PROX FABRICA BOWOR/PROX ESCOLA ESTADUAL ROBERTO RODRIGUES CAUSE

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL REGIONAL DEOCLETO MARQUES DE LUCENA

Observações Rádio Operador: PCT AOS CUIDADOS DE DR CELSON - HDML

Queixa Primária: COLISÃO DE MOTO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

Histórica Regulação Médica:

20/09/2019 16:22:31 - Dr(a). THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO
APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO
REGULAÇÃO: PILOTO DA MOTO, SEM EXPOSIÇÃO ÓSSEA, SANGRAMENTO NÓ PÉ,
AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB
PRIORIDADE: PARADO
CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: 175990/1

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 20/09/2019 16:28:35 Usuário: (RADIO OPERADOR) THATIANE BEATRIZ B. LOPES

Observação: Controle de frota: USB ACIONADA SAINDO DO P.A. STER BOM

Data: 20/09/2019 17:13:03 Usuário: (TARM) FABIANA MARIA DA SILVA ALVES

Observação: TENTO CONTATO COM HOSPITAL PORÉM SÓ CHAMA.....

Data: 20/09/2019 17:14:38 Usuário: (TARM) FABIANA MARIA DA SILVA ALVES

Observação: TENTO CONTATO COM VARIAS VEZES PORÉM SO CHAMA...

Data: 20/09/2019 17:19:32 Usuário: (TARM) FABIANA MARIA DA SILVA ALVES

Observação: TENTO CONTATO VARIAS VEZES PORÉM SEM SUCESSO.....

Data: 20/09/2019 17:33:32 Usuário: (RADIO OPERADOR) THATIANE BEATRIZ B. LOPES

Observação: Controle de frota: PCT AOS CUIDADOS DE DR CELSON - HDML

HONORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
20/09/2019 16:20:48	20/09/2019 16:22:32	20/09/2019 16:28:28	20/09/2019 16:30:25	20/09/2019 16:55:55
Saída Local:	Chegada Destino:	Liberção Destino:	Liberção VTR:	
20/09/2019 17:10:00	20/09/2019 17:14:00	20/09/2019 17:33:27	20/09/2019 17:33:30	

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA FABIOLA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000001798-9

Nr. da Autenticação C792E6285777C1C4



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criação pela Lei 10.438, de 26/04/02
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Manoel 190, União, Natal - RN, CEP 59025-250
 CNPJ: 08.924.195/0001-81 | Ins. Est. 23055192-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA FABRIL DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA LUIZ DE CAMPOS 775

CPF: 011.657.884-00

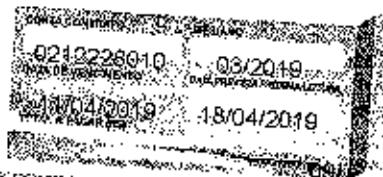
CLASSIFICAÇÃO

SI: PIS-00000000
 RESIDENCIAL

CLASSIFICAÇÃO: RESIDENCIAL UNIFAMILIAR

00145-255

0210226010
 03/2019
 18/04/2019



DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
105,0000000	0,47790759	6,150
		7,04
		1,50
		0,50

DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
17/04/2019	1104,00	17/04/2019	1104,00	0	1104,00	0	0,00

DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
17/04/2019	1104,00	17/04/2019	1104,00	0	1104,00	0	0,00

1546 1971 019 2011 C400 E400 F038 3515

ATENÇÃO: O CLIENTE DEVE ASSINAR E CARIMBAR A FATURA EM PRESENCIA DO AGENTE DE VENDAS.

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTERUA MERMOSZ, 150, BALDO
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20355199-0

COSERN

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte-

ARSEP 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE SEVERINA JULIA DE LIMA	DATA DE VENCIMENTO 11/12/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/12/2019	CONTA CONTRATO 7001931380
ENDEREÇO RUA BRASÍLIO CAMILO 122 -FT - ANEQUIM/AREA URBANA -59173-000 GOIANINHA RN -	TOTAL A PAGAR R\$ 63,66	DATA DA APRESENTAÇÃO 04/12/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 04/11/2019 a 04/12/2019	CONSUMO 82		
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 10,25			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO		

Destaque aqui



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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 de 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 COAF*.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * 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 Marcos Mendes Bernardino de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.089.354 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisca Fabiola da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 944.692.364 / 00
do sinistro de DPVAT cobertura Invalida / morte da vítima Francisca Fabiola da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o nº 944.692.364 / 00, 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 Brasilício Camilo</u>	<u>122</u>	<u>Casa</u>
Bairro:	Cidade:	Estado:
<u>Anaquim</u>	<u>Goianinha</u>	<u>AN</u>
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	<u>59173-000</u>	<u>(84) 99806-1091</u>
		<u>(84) 99134-3008</u>

Local e Data: Parnamirim 06 de dezembro de 2019.

Marcos Mendes Bernardino de Souza

Assinatura do Declarante

Mãe - Ana Pinheiro da Silva
 Carilho dos Reis - ? 04010018
 RG 1639231
 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
 HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
 PARNAMIRIM / RN
 16358502



EPF 914692.364-00 (46) N° Politrauma
 BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Marileza Fabiola da Silva
 IDADE: 10.12.1964 COR: Parda SEXO: Fem ESTADO CIVIL: Casada
 NATURALIDADE: ? PROFISSÃO: Secretária Prefeituna
 ENDEREÇO: Pousa Pines de Campo nº 775 BAIRRO: Passagem de
 CIDADE: Parnamirim DATA: 20.03.2019 HORA: 17:26hs

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☒ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
 C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGAR ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) Acidente moto x moto.
Nega cec. Refere dor pontos D, pé E.

EXAME FÍSICO ABC Dx
lesão lac. ante. pe B. Edema pontos D

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL Politrauma
 HRDML / SESAP
 CONFIR C/ O ORIGINAL
 Parnamirim-RN. 22/03/2019
 Mat. 1642-4



PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____

Paciente: Fca. Fátima de Silva _____ Prontuário: _____

Motivo da Consulta: Celica muito ruim, apresentando
dor em punho (D) e pé (E).


Gabriela Nobrega
Médica
CRM-RN 9145
Médico

CRM

20 / 10 / 19
Data

Encaminhado à especialidade: Ortopedia _____

Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____

Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia _____ / _____ / _____

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____

Paciente: _____ Prontuário: _____

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

Exa. com laço-entorse ju (E)
centro joelho (A).

Exa. 27 fístula

00 At. do ortoped

Diagnóstico: _____ CID: _____

Médico

CRM

Data

Retornar à clínica solicitante _____ Unidade _____

Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia _____ / _____ / _____

CONFÉRIC/O ORIGINAL
Pamamirim-RN. 23/04/2014
Mat. 9642-4

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

1) Zupirana OZAP + ABD EV
 2) Filantil OZAP + ABD EV
 3) RLA.

14:50 *long. fudo*
gaurpéria

* Realizado sutura
 de asso em pt ©!

Selso J. R. Melo
 CRM 9700
 22/05/2019

- Anestesia + exposição de Compo-sitêncs + anestesia
 local + sutura com nylon e pontos simples e
 curativo.

- Prescritos ANES

- Atestado médico. (03 dias).

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	☐ INTERNADO NO SERVIÇO DE _____	☐ REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR _____	DECISÃO MÉDICA ☒	A REVELIA ☐
DATA ____/____/____	HORA _____	
ÓBITO ____/____/____	HORA _____	
ENTREGUE À FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



PEDIDO DE EXAME

1.574

Nome: Fca Fabiana da Silva Matrícula: _____
Idade: _____ Ambulatório: _____ UTI: _____ Enfermaria: _____
Sexo: _____ SAU: _____ CC: _____ Leito: _____

NATUREZA DO EXAME

Rx mão D AP/Oblíquo
Rx pé E AP/Oblíq

INDICAÇÃO CLÍNICA

Dolifran

Requisitante: _____

Seiso J. R. Melo
CRM 6700

CRM: _____

26 SET. 2019

Data: ____/____/____



ASMPA

Associação dos Servidores Municipais de Parnamirim

**ASMPA****Associação dos Servidores Municipais de Parnamirim**

Atendimento Médico e Odontológico

Receituário

Especialidades:

Alergologia

Angiologia

Cardiologia

Clínico Geral

Dermatologia

Endocrinologia

Gastroenterologia

Ginecologia

Mastologia

Neurologia

Nutricionista

Odontologia

Oftalmologia

Ortopedia

Otorrinolaringologia

Pediatría

Proctologia

Psicologia

Psiquiatria

Reumatologia

Urologia

Exames:

Acupuntura

Colposcopia

Eletrocardiograma

Eletrocalterização

Eletrocalterização

Exame Preventivo

Exames laboratoriais

Endoscopia Digestiva

Peniscopia

Prótese Dentária

Ultrassonografia

Ligadura Elástica

Retossigmoidoscopia

Nome:

Jonas Fabiano da Silva

Lousa

Paciente vituário de sedução
diária no hospitalDoença aguda em pormenor
por data de 22.09.2019.Sobre trauma na per esquadra
el para muito anteriorprofundo. Realizar tratamento
cirúrgico e fazer esseincisão de fundo no dorso
da região metatarsal profundade 1º nível de elevação
de náusea e com

marcha e Eucardia.

0125903

0125903

Dr. Múcio Aurélio N. Luzia
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 3281

Assinatura e Carimbo do Médico

Rua Dr. Carlos Mateus 219 - Centro - Parnamirim - RN

Fones: (84) 3645-0045 / 3644-8195 / 3644-8196

6.12.19

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
DIRETORIA NACIONAL DE HABITACAO

FRANCISCA FABIOLA DA SILVA



CPF: 092.964.000 DATA NASCIMENTO: 10/12/1968
NOME: FRANCISCO ALVES DA SILVA
NOME: FRANCISCA FABIOLA DA SILVA

Residência: [redacted] Estado: [redacted] Cód. de Verificação: AS

Nº de Registro: 05076933885 Data de Emissão: 22/10/2020 Data de Validade: 15/11/2010

UNIVERSIDADE

LOCAL: PARANATERM, RN Data de Emissão: 23/10/2015

53340846334
RN702228123

DETRAN - RUA CHUVAZINHA DO NORTE

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS
1169042775

PRECISUM PLASTIFICAR
1169042775

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - RN Nº 014528959441

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: CDD: REGAVAN 01/03/2015 2015
EXERCÍCIO 2015

FRANCISCO GILBERTO DE SOUZA

CPF: 017.274.77-9

PLACANT / UF: 0601231 / RJ

CLASS: 3C2FC2500NR022747

COMBUSTÍVEL: GLISOLINA

ANO FAB: 2015

ANO REG: 2015

CATEGORIA: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014528959441

BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT 1231 PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDICOES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA: 037.117.274.61

RENAVAM: 0110998277

ANO FAB: 2015

ANO REG: 2015

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

VEICULO: 1000

SEGURODORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.246.603/0001-04

19/06/2015

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190685075 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA FABIOLA DA SILVA **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA COM FERIMENTO NO HÁLUX ESQUERDO.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA EXTENSÃO (20°) DE HÁLUX ESQUERDO, FERIMENTO CICATRIZADO NA REGIÃO DO 1º RAIÃO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO 1º DEDO DO PÉ (HÁLUX) ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190685075 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA FABIOLA DA SILVA **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA COM FERIMENTO NO HÁLUX ESQUERDO.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA EXTENSÃO (20°) DE HÁLUX ESQUERDO, FERIMENTO CICATRIZADO NA REGIÃO DO 1º RAIÃO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO 1º DEDO DO PÉ (HÁLUX) ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190685075 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA FABIOLA DA SILVA **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PUNHO DIREITO.
TRAUMA CORTO-CONTUSO EM PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190685075 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA FABIOLA DA SILVA **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PUNHO DIREITO.
TRAUMA CORTO-CONTUSO EM PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: *PÁG. 5 - DR. MUCIO AURELIO DO NASCIMENTO LUZIA - CRM 3281 (RN), DE 06/12/2019.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: <u>Francisca Fabíola da Silva</u>	
NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>	ESTADO CIVIL: <u>casada</u>
PROFISSÃO: <u>Funcionária pública</u>	
IDENTIDADE: <u>1639231</u>	CPF: <u>912.692.364-00</u>
ENDEREÇO: <u>Rua Pires de Lima 775, passagem de arara</u>	

OUTORGADO

NOME: <u>Marcondes Bernardino de Souza</u>	
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>casado</u>
PROFISSÃO: <u>Motorista</u>	
IDENTIDADE: <u>1896734</u>	CPF: <u>061.089.354-80</u>
ENDEREÇO: <u>Rua Brasilino Camilo 122, jardim 1, casa 100</u>	

DATA DO ACIDENTE: 20/09/2019 COBERTURA: invalidez/damnis

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.

Observação: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Parnamirim - 06 de dezembro / 2019
LOCAL E DATA

1º Ofício de Notas Francisca Fabíola da Silva



ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

1º Ofício de Notas e Registros
Rua Sargento Norberto Marques, 141 - Centro - CEP 55100-000 - Parnamirim/RN
Fone / Fax: (84) 3272-3325 - Site: www.1ooficioparnamirim.com.br
Eduardo Lima do Vale (Tribunal) - Luciana Christine Rodrigues do Vale (Substitua)

Reconheço por autenticidade e dou fé a firma de:
FRANCISCA FABIOLA DA SILVA
Selo Digital: RN201900953150032618RMS
Confira a autenticidade em: <http://selodigital.tjn.jus.br>
Parnamirim/RN, 6 de Dezembro de 2019, aux. 12:57

Em testemunho, 1º Ofício de Notas

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439536/19

Vítima: FRANCISCA FABIOLA DA SILVA

CPF: 914.692.364-00

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 20/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCA FABIOLA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA : 061.089.354-80

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCA FABIOLA DA SILVA : 914.692.364-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/12/2019
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
CPF: 061.089.354-80

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA