



Número: **0809666-94.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **13/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCA FABIOLA DA SILVA (AUTOR)	DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)
PORTE SEGURU S/A (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58600 181	12/08/2020 16:15	2742376_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos



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

Rio de Janeiro, 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, contados 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

Carta nº 15216321

Pag. 00899/00900 - carta_01 - INVALIDEZ



00020450





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

Rio de Janeiro, 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

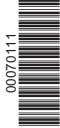
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise 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

Pag. 00222/00222 - carta_02 - INVALIDEZ



00070111

Carta nº 15235752



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 12/08/2020 16:15:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008121615092170000056262677>
Número do documento: 2008121615092170000056262677

Num. 58600181 - Pág. 2

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

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3 - CPF da vítima:** **4 - Nome completo da vítima:** **914.692.364-00 Francinca Fabiola da Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 446/2012

5 - Nome completo: **Francinca Fabiola da Silva** **6 - CPF:** **914.692.364-00**
 7 - Profissão: **Recurso** **8 - Endereço:** **Rua Rios de Campos** **9 - Número:** **773** **10 - Complemento:** **Casa**
 11 - Bairro: **Barraquinha de Areia** **12 - Cidade:** **Parnamirim** **13 - Estado:** **RN** **14 - CEP:** **59145-630**
 15 - E-mail: **(84) 9 9134-3008 (84) 9 9806-1091**

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:

RECLUSO INFORMAR R\$1.00 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **CAIXA**

AGÊNCIA: **2008** CONTA: **0000 17 98 9**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recorrendo 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 pelo Seguro DPVAT [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

- Não há laudo 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, se necessário, o laudo do IML, concordando, desde já, em não submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora, a prova da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, com base no 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 disconforme do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo **24 - Data do óbito da vítima:**

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

28 - Vítima: Sim **29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? (vivos):** Sim **30 - Vítima deixou Falecidos:** Sim **31 - Vítima teve irmãos? (vivos):** Sim **32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:** Sim **33 - Vítima deixou pais/avós vivos?** Sim Não Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte de aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, em qualquer parte do Brasil, 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 - **34 - Imprimir digital da vítima:** **35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo):**

36 - CEP da rogo, de quem assina o pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

38 - 1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Francinca Fabiola da Silva**

42 - Assinatura do Procurador (se houver):

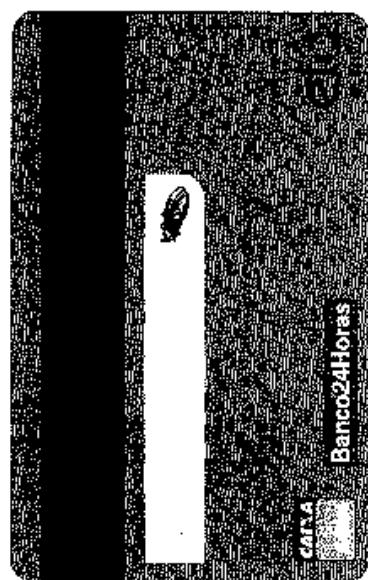
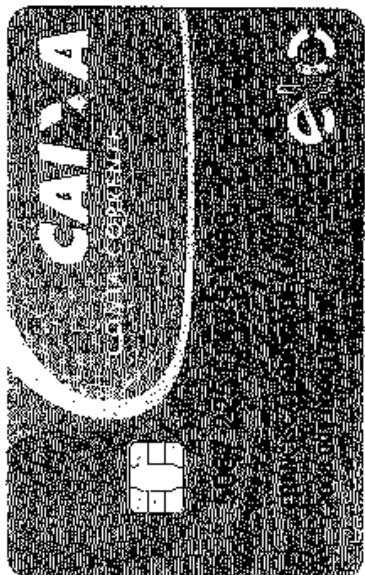
FPS.001 V002/2011

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 12/08/2020 16:15:09

<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008121615092170000056262677>

Número do documento: 2008121615092170000056262677



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 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 1º RAIO 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 suscetível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (décits 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 (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

1º DEDO DO PÉ (HÁLUX) - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

(X) 50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

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

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

Urai de Oliveira

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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 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 1º RAIO 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 suscetível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (décits 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 (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

1º DEDO DO PÉ (HÁLUX) - Lado Esquerdo

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

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

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

Urai de Oliveira

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





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA 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

Afeto: 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	Mel(o)s Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Outro(s)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCA FABIOLA DA SILVA (VITIMA , 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: 59.145-830

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

Página 1 de 3

Impresso por: João Maria Gaby

Data de Impressão: 20/11/2019 09:02

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Protocolo nº: Não disponível





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA 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: 776
CEP: 59.145-830

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo
Descrição: HONDA/CG 160 START
Placa: QGO1231
Número do Motor: KC25E0H022752
Ano/Modelo Fabricação: 2017/2016
UF Veículo: Rio Grande do Norte
Marca/Modelo: HONDA/CG 160 START
Veículo Adulterado?: Não
Situção: Envolvido
Situação do Veículo: ALIENACAO FIDUCIARIA

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 037.117.274-84
Renavam: 01109908277
Número do Chassi: 9C2KC2500HR022747
Cor: VERMELHA
Município Veículo: Parnamirim
Modelo: HONDA/CG 160 START
Quantidade: 1 Unidade
Última Atualização: Denatran: 15/02/2017

Nome Envolvido	Envolvimentos
FRANCISCO CANINDE DÓMINGOS	Proprietário
Grupo: Veículo Descrição: MOTO HONDA FAN KS Placa: NNU0731 Número do Motor: JC41E1B441755 Ano/Modelo Fabricação: 2011/2011 UF Veículo: Rio Grande do Norte Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Veículo Adulterado?: Não Situção: Envolvido Situação do Veículo: NADA CONSTA	<p>Subgrupo: Motocicleta/Motoneta CPF/CNPJ do Proprietário: 071.372.314-97 Renavam: 00300201168 Número do Chassi: 9C2JC4110BR441755 Cor: PRETA Município Veículo: Natal Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Quantidade: 1 Unidade Última Atualização: Denatran: 25/11/2015</p>
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 EQUILÍBIO 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 DEOCÍLIO MARQUES SEGUNDO B.O DE URGÊNCIA DE Nº 46.



Delegado de Polícia Civil: Lulz 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 Moraes *Francisca Fabiola da Silva*

João Maria Gaby
Agente de Polícia
Matrícula 167.359-4
Responsável pelo Abandono

FRANCISCA FABIOLA DA SILVA
(Comunicante / Vítima)

*Declaro para os efeitos legais que sou o(a) responsável responsável pelas informações acima apresentadas e declaro que prender responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei acima, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Criminoso e 340-Comunicação Fato de Crime ou de Convenção do Código Penal Brasileiro."



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 3 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° 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) - CÍRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Francisca Fabíola da Silva

6 - CPF:

914.692.364-00

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Recurso Rua Pires de Campos

9 - Número:

775

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Parque das Areias

12 - Cidade:

Parnamirim

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59143-630

15 - E-mail:

(89) 49134-3008 (84) 9 9806-1091

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:

 RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: CAIXA

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 2008 CONTA: 0000 1798 9

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada no ato da apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider, para aferição 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 disso de seu conhecimento.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

Civil da vítima:

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco da vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco da vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

29 - Se a vítima teve filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

34 - Vítima

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

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

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

38 - 1^a Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

45 - Assinatura do Procurador (se houver)

46 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

47 - Assinatura do Procurador (se houver)

48 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

49 - Assinatura do Procurador (se houver)

50 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

51 - Assinatura do Procurador (se houver)

52 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

53 - Assinatura do Procurador (se houver)

54 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

55 - Assinatura do Procurador (se houver)

56 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

57 - Assinatura do Procurador (se houver)

58 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

59 - Assinatura do Procurador (se houver)

60 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

61 - Assinatura do Procurador (se houver)

62 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

63 - Assinatura do Procurador (se houver)

64 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

65 - Assinatura do Procurador (se houver)

66 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

67 - Assinatura do Procurador (se houver)

68 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

69 - Assinatura do Procurador (se houver)

70 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

71 - Assinatura do Procurador (se houver)

72 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

73 - Assinatura do Procurador (se houver)

74 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

75 - Assinatura do Procurador (se houver)

76 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

77 - Assinatura do Procurador (se houver)

78 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

79 - Assinatura do Procurador (se houver)

80 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

81 - Assinatura do Procurador (se houver)

82 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

83 - Assinatura do Procurador (se houver)

84 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

85 - Assinatura do Procurador (se houver)

86 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

87 - Assinatura do Procurador (se houver)

88 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

89 - Assinatura do Procurador (se houver)

90 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

91 - Assinatura do Procurador (se houver)

92 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

93 - Assinatura do Procurador (se houver)

94 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

95 - Assinatura do Procurador (se houver)

96 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

97 - Assinatura do Procurador (se houver)

98 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

99 - Assinatura do Procurador (se houver)

100 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

101 - Assinatura do Procurador (se houver)

102 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

103 - Assinatura do Procurador (se houver)

104 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

105 - Assinatura do Procurador (se houver)

106 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

107 - Assinatura do Procurador (se houver)

108 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

109 - Assinatura do Procurador (se houver)

110 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

111 - Assinatura do Procurador (se houver)

112 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

113 - Assinatura do Procurador (se houver)

114 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

115 - Assinatura do Procurador (se houver)

116 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

117 - Assinatura do Procurador (se houver)

118 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

119 - Assinatura do Procurador (se houver)

120 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

121 - Assinatura do Procurador (se houver)

122 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

123 - Assinatura do Procurador (se houver)

124 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

125 - Assinatura do Procurador (se houver)

126 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

127 - Assinatura do Procurador (se houver)

128 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

129 - Assinatura do Procurador (se houver)

130 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

131 - Assinatura do Procurador (se houver)

132 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

133 - Assinatura do Procurador (se houver)

134 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

135 - Assinatura do Procurador (se houver)

136 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

137 - Assinatura do Procurador (se houver)

138 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

139 - Assinatura do Procurador (se houver)

140 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

141 - Assinatura do Procurador (se houver)

142 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

143 - Assinatura do Procurador (se houver)

144 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

145 - Assinatura do Procurador (se houver)

146 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

147 - Assinatura do Procurador (se houver)

148 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

149 - Assinatura do Procurador (se houver)

150 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

151 - Assinatura do Procurador (se houver)

152 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

153 - Assinatura do Procurador (se houver)

154 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

155 - Assinatura do Procurador (se houver)

156 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

157 - Assinatura do Procurador (se houver)

158 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

159 - Assinatura do Procurador (se houver)

160 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

161 - Assinatura do Procurador (se houver)

162 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

163 - Assinatura do Procurador (se houver)

164 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

165 - Assinatura do Procurador (se houver)

166 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

167 - Assinatura do Procurador (se houver)

168 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

169 - Assinatura do Procurador (se houver)

170 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

171 - Assinatura do Procurador (se houver)

172 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

173 - Assinatura do Procurador (se houver)

174 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

175 - Assinatura do Procurador (se houver)

176 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

177 - Assinatura do Procurador (se houver)

178 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

179 - Assinatura do Procurador (se houver)

180 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

181 - Assinatura do Procurador (se houver)

182 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

183 - Assinatura do Procurador (se houver)

184 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

185 - Assinatura do Procurador (se houver)

186 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

187 - Assinatura do Procurador (se houver)

188 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

189 - Assinatura do Procurador (se houver)

190 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

191 - Assinatura do Procurador (se houver)

192 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

193 - Assinatura do Procurador (se houver)

194 - Assinatura da vítima/b

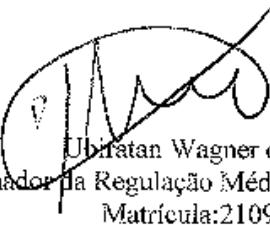


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 /RN

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessários, que foi encontrada a ocorrência de
Nº175990/1 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



END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 – BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5321



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

NP: **175990/1**

Data: **20/09/2019**

CHAMADO

TARM: FABIANA MARIA DA SILVA ALVES
Rádio Operador: THATIANE BEATRIZ B. LOPES
Equipe Enfermagem Cena:
VTR: USB 66 (PARNAMIRIM)

Médico Regulação: THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO
Médico Cena: THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO
Usuário Pós-Cena:
Equipe VTR: MARCOS ROMEU 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 DIJARTE FILHO **NP:** VP

Bairro: PASSAGEM DE AREIA **Outro Bairro:**

Referência/Complemento: PROX FÁBRICA SONOR/PROX ESCOLA ESTADUAL ROBERTO RODRIGUES CAUSE

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA

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

Quela Primária: COLISÃO DE MOTO

Quem Solicitou: **Distância do paciente:** **Local:**

Histórico 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 NO PÉ.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: NORMAL

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: 012 X 01

Apoio:

0226291-0993

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

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

MOVIMENTOS DO CHAMADO

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

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



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 12/08/2020 16:15:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008121615092170000056262677>
Número do documento: 2008121615092170000056262677

Num. 58600181 - Pág. 14



Tarifa Sociedade Energia Elétrica Criado pela Lei 10.463, de 20/04/02
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - CONSULTA DA NOTA FISCAL

Companhia Brasileira do Rio Grande do Norte
Av. Rui Carreiro, 190, Umarizal, Niterói - RJ, CEP 24202-150
CNPJ: 24.934.195/0001-81 | Inscrição: 20055182 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA ESTERLITA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA LIMA E DÍA C-NICOS 775

CPF: 314.652.924-00

CLASSIFICAÇÃO

SI-PI-600-0001-
PESO-Fixa

Residencial - Ofício/Residencial
Residencial Residencial
CNAE-0202

DATA DE EMISSÃO: 18/04/2019
DATA DE VENCIMENTO: 18/04/2019
20190418 20190418 18/04/2019

02102226010 03/2019
18/04/2019 18/04/2019

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	105.001.0049	0,43990000	61,55
Consumo Ativo (kWh) - Multa de Atraso (R\$) 0,00000000 - 0,00000000			0,00
Consumo Ativo (kWh) - Multa de Atraso (R\$) 0,00000000 - 0,00000000			0,00
Consumo Ativo (kWh) - Multa de Atraso (R\$) 0,00000000 - 0,00000000			0,00

PERÍODO	TIPO DA LEITURA	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	TIPO DE BLOCO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2019-04	140	18/04/2019	105.001.0049	18/04/2019	105.001.0050	A	1.000	0,00	100,00

PERÍODO	TIPO DA LEITURA	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	TIPO DE BLOCO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
MAIO-19	105								
JUNHO-19	111								
JULHO-19	112								
AGOSTO-19	113								
SETEMBRO-19	114								
OUTUBRO-19	115								
NOVEMBRO-19	116								
DEZEMBRO-19	117								
JANEIRO-20	118								
FEVEREIRO-20	119								
MARÇO-20	120								
ABRIL-20	121								
MAYO-20	122								
JUNHO-20	123								
JULHO-20	124								
AGOSTO-20	125								
SETEMBRO-20	126								
OUTUBRO-20	127								
NOVEMBRO-20	128								
DEZEMBRO-20	129								
JANEIRO-21	130								
FEVEREIRO-21	131								
MARÇO-21	132								
ABRIL-21	133								
MAYO-21	134								
JUNHO-21	135								
JULHO-21	136								
AGOSTO-21	137								
SETEMBRO-21	138								
OUTUBRO-21	139								
NOVEMBRO-21	140								
DEZEMBRO-21	141								
JANEIRO-22	142								
FEVEREIRO-22	143								
MARÇO-22	144								
ABRIL-22	145								
MAYO-22	146								
JUNHO-22	147								
JULHO-22	148								
AGOSTO-22	149								
SETEMBRO-22	150								
OUTUBRO-22	151								
NOVEMBRO-22	152								
DEZEMBRO-22	153								
JANEIRO-23	154								
FEVEREIRO-23	155								
MARÇO-23	156								
ABRIL-23	157								
MAYO-23	158								
JUNHO-23	159								
JULHO-23	160								
AGOSTO-23	161								
SETEMBRO-23	162								
OUTUBRO-23	163								
NOVEMBRO-23	164								
DEZEMBRO-23	165								
JANEIRO-24	166								
FEVEREIRO-24	167								
MARÇO-24	168								
ABRIL-24	169								
MAYO-24	170								
JUNHO-24	171								
JULHO-24	172								
AGOSTO-24	173								
SETEMBRO-24	174								
OUTUBRO-24	175								
NOVEMBRO-24	176								
DEZEMBRO-24	177								
JANEIRO-25	178								
FEVEREIRO-25	179								
MARÇO-25	180								
ABRIL-25	181								
MAYO-25	182								
JUNHO-25	183								
JULHO-25	184								
AGOSTO-25	185								
SETEMBRO-25	186								
OUTUBRO-25	187								
NOVEMBRO-25	188								
DEZEMBRO-25	189								
JANEIRO-26	190								
FEVEREIRO-26	191								
MARÇO-26	192								
ABRIL-26	193								
MAYO-26	194								
JUNHO-26	195								
JULHO-26	196								
AGOSTO-26	197								
SETEMBRO-26	198								
OUTUBRO-26	199								
NOVEMBRO-26	200								
DEZEMBRO-26	201								
JANEIRO-27	202								
FEVEREIRO-27	203								
MARÇO-27	204								
ABRIL-27	205								
MAYO-27	206								
JUNHO-27	207								
JULHO-27	208								
AGOSTO-27	209								
SETEMBRO-27	210								
OUTUBRO-27	211								
NOVEMBRO-27	212								
DEZEMBRO-27	213								
JANEIRO-28	214								
FEVEREIRO-28	215								
MARÇO-28	216								
ABRIL-28	217								
MAYO-28	218								
JUNHO-28	219								
JULHO-28	220								
AGOSTO-28	221								
SETEMBRO-28	222								
OUTUBRO-28	223								
NOVEMBRO-28	224								
DEZEMBRO-28	225								
JANEIRO-29	226								
FEVEREIRO-29	227								
MARÇO-29	228								
ABRIL-29	229								
MAYO-29	230								
JUNHO-29	231								
JULHO-29	232								
AGOSTO-29	233								
SETEMBRO-29	234								
OUTUBRO-29	235								
NOVEMBRO-29	236								
DEZEMBRO-29	237								
JANEIRO-30	238								
FEVEREIRO-30	239								
MARÇO-30	240								
ABRIL-30	241								
MAYO-30	242								
JUNHO-30	243								
JULHO-30	244								
AGOSTO-30	245								
SETEMBRO-30	246								
OUTUBRO-30	247								
NOVEMBRO-30	248								
DEZEMBRO-30	249								
JANEIRO-31	250								
FEVEREIRO-31	251								
MARÇO-31	252								
ABRIL-31	253								
MAYO-31	254								
JUNHO-31	255								
JULHO-31	256								
AGOSTO-31	257								
SETEMBRO-31	258								
OUTUBRO-31	259								
NOVEMBRO-31	260								
DEZEMBRO-31	261								
JANEIRO-32	262								
FEVEREIRO-32	263								
MARÇO-32	264								
ABRIL-32	265								
MAYO-32	266								
JUNHO-32	267								
JULHO-32	268								
AGOSTO-32	269								
SETEMBRO-32	270								
OUTUBRO-3									

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE

RUA MERMOSZ, 150, BALDÓ
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20355199-0



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

Ligações Gráteis:

-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 Grávida de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Grávida 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 BRASILICIO CAMILO 122 -FT -
ANEQUIM/AREA URBANA -59173-000
GOIANINHA RN -

TOTAL A PAGAR
R\$ 63,66

DATA DA APRESENTAÇÃO
04/12/2019
NÚMERO DA NOTA FISCAL
033941603

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO
04/11/2019 a 04/12/2019

CONSUMO
02

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: 4020-1556 / 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 Ouvintel: 0800 021 81 36

SAC

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.ASP?K2TIPO=1&CODIGO=29596>

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 fala 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.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR PESOUDADE DISCIPLINAR, APLICAR MEDIDAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcondes Bernardino de Souza
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.089.354-80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Fernanda Flávia de Souza Inscrito (a) no CPF sob o N914.692.364-00
do sinistro de DPVAT cobertura Invalido/Paral da Vítima Fernanda Flávia de Souza
Inscrito (a) no CPF sob o N914.692.364-100, 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:	Número:	Complemento:
<u>Rua Brasilicco, Camilo</u>	<u>123</u>	<u>Casa</u>
Bairro:	Estado:	CEP:
<u>Anaqueim</u>	<u>PR</u>	<u>59173-000</u> Tel.(000) 1841 99806-1091 (84) 9934-3008
E-mail:		

Local e Data: Fernamirim 06 de dezembro de 2019

Fernanda Bernardino de Souza
Assinatura do Declarante

Mrs. Ana Pinheiro da Silva
Coronel do Sest - ? okologics

Pelo SAMU

Hospital Deoclécio M. Lucena
H-DBAL
Paranámirim / RN

RG 1639131
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARANAMIRIM / RN 01358503

EPF 914692364-00 (46) nº Politrauma

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: **Franckesca Fabiola da Silva**

IDADE: **10.12.1964** COR: **Roxo** SEXO: **FEM** ESTADO CIVIL: **Casada**

NATURALIDADE: **?** PRÓFISSÃO: **Geógrafa, Professora.** PROCEDEDÊNCIA: **Passagem de**

ENDERECO: **Planalto Pines de Campo** BAIRRO: **Passagem de**

CIDADE: **Paranámirim** DATA: **20.05.2019** HORA: **17:26 hs.**

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
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)
Negativa. Refere-se a um acidente moto x moto.

EXAME FÍSICO ABCDOK
herido lacrante pe 3 - Bochechas possivel

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP	PULSO

HRM/SESAP
CONFERIDA C/ O ORIGINAL
Paranámirim-RN. 20/09/2020

Mat. 16921-4

DIAGNÓSTICO INICIAL

Politrauma





PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____

Paciente: Fca. Fernanda da Silve _____ Prontuário: _____

Motivo da Consulta: Célica muito xente, apresentando dor em punho (1) e pé (2).



Médico

CRM

20/09/19 Data

Encaminhado à especialidade: Ortopedia Município: _____

Consulta marcada para a Unidade: _____ às _____ horas do dia: _____

Para o (a) Dr. (a): _____

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____

Paciente: _____ Prontuário: _____

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

AP: Cxas hao- artrose ju (2)
contus juho (1).

Rx: 11 fraturas

00 A h do ortoped

Diagnóstico: _____

CID: _____

Médico

CRM

Data

Retornar à clínica solicitante (081 1021 1029 Município) _____

Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas de IRBML / SESAP

CONFERIDO ORIGINAL

Pamamirim-RN 13/09/2014

Mat. 9692-4

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

1) Dipsinoma OZAP + ABD SV
 2) Filatil OZAP + ABD SV
 3) R.d.
 CONDUTA 14:50 *tempo médio
funcionário*

* Realizado sutura
de lesão em pé (€):


 Dr. J. R. Melo
 CRM 8700
 SEL 7019

- Anestesia + exposição da composição + anestesia local + sutura com nylon e pontos simples + curativo.
- Prescrito ANES
- Atosticks medianos (03 díaz).

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____	
HORA _____ HIS		HORA _____ PARA _____	
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>	AREVELIA <input type="checkbox"/>	
DATA _____ / _____ / _____	HORA _____		
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____		
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	
		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)	



PEDIDO DE EXAME

1574

Nome: Fernanda Trabídia da Silveira Matrícula: _____
Idade: _____ Ambulatório: _____ UTI: _____ Enfermaria: _____
Sexo: _____ SAU: _____ CC: _____ Leito: _____

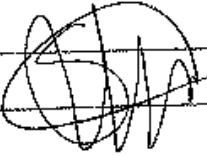
NATUREZA DO EXAME

Rx não é API obrigatório
Rx Pé é API obrigatório

INDICAÇÃO CLÍNICA

Doloframe

Requisitante:


Seisa 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
Angeologia
Cardiologia
Clinico Geral
Dermatologia
Endocrinologia
Gastroenterologia
Ginecologia
Mastologia
Neurologia
Nutricionista
Odontologia
Oftalmologia
Ortopedia
Otorrinolaringologia
Pediatrica
Proctologia
Psicologia
Psiquiatria
Reumatologia
Urologia
Exames
Acupuntura
Colposcopia
Eletrocardiograma
Eletrocauterização
Eletrocauterização
Exame Preventivo
Exames laboratoriais
Endoscopia Digestiva
Peniscopia
Prótese Dentária
Ultrassonografia
Ligadura Elástica
Retossigmoidoscopia

Nome:

Flávia Fabulor da Silva

2020

Peço a volta da cedente
diretora no hospital
Diocesano e que em posterior
nunca deitar de 20-09-2019.
Sofreu fratura no pé esquerdo
e o piso móvel
profundo. Realizou tratamento
cirúrgico e permanece com
inchaço de piso no dorso
dos dedos e na tibia, palmarifera
do 1º dedo d'ele na noite
de reunião e com
mobilidade limitada.

005903

149.9

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

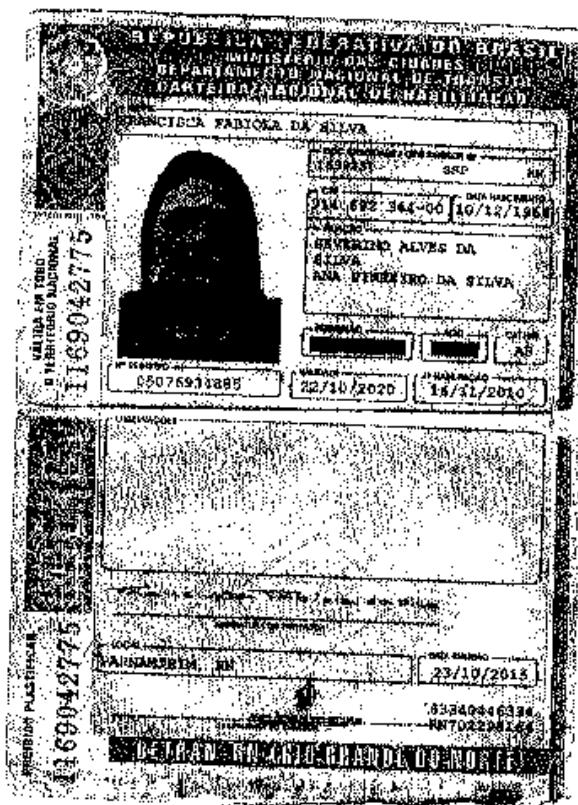
Assinatura e Carimbo do Médico

6.12.19

Rua Dr. Carlos Mateus 219 - Centro - Parnamirim

Fones: (84) 3645-0045 / 3644-8195 / 3644-8166







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

NR. 01452395743

PERÍODO

01/01/2015

01/01/2016

01/01/2017

01/01/2018

01/01/2019

01/01/2020

01/01/2021

01/01/2022

01/01/2023

01/01/2024

01/01/2025

01/01/2026

01/01/2027

01/01/2028

01/01/2029

01/01/2030

01/01/2031

01/01/2032

01/01/2033

01/01/2034

01/01/2035

01/01/2036

01/01/2037

01/01/2038

01/01/2039

01/01/2040

01/01/2041

01/01/2042

01/01/2043

01/01/2044

01/01/2045

01/01/2046

01/01/2047

01/01/2048

01/01/2049

01/01/2050

01/01/2051

01/01/2052

01/01/2053

01/01/2054

01/01/2055

01/01/2056

01/01/2057

01/01/2058

01/01/2059

01/01/2060

01/01/2061

01/01/2062

01/01/2063

01/01/2064

01/01/2065

01/01/2066

01/01/2067

01/01/2068

01/01/2069

01/01/2070

01/01/2071

01/01/2072

01/01/2073

01/01/2074

01/01/2075

01/01/2076

01/01/2077

01/01/2078

01/01/2079

01/01/2080

01/01/2081

01/01/2082

01/01/2083

01/01/2084

01/01/2085

01/01/2086

01/01/2087

01/01/2088

01/01/2089

01/01/2090

01/01/2091

01/01/2092

01/01/2093

01/01/2094

01/01/2095

01/01/2096

01/01/2097

01/01/2098

01/01/2099

01/01/2010

01/01/2011

01/01/2012

01/01/2013

01/01/2014

01/01/2015

01/01/2016

01/01/2017

01/01/2018

01/01/2019

01/01/2020

01/01/2021

01/01/2022

01/01/2023

01/01/2024

01/01/2025

01/01/2026

01/01/2027

01/01/2028

01/01/2029

01/01/2030

01/01/2031

01/01/2032

01/01/2033

01/01/2034

01/01/2035

01/01/2036

01/01/2037

01/01/2038

01/01/2039

01/01/2040

01/01/2041

01/01/2042

01/01/2043

01/01/2044

01/01/2045

01/01/2046

01/01/2047

01/01/2048

01/01/2049

01/01/2050

01/01/2051

01/01/2052

01/01/2053

01/01/2054

01/01/2055

01/01/2056

01/01/2057

01/01/2058

01/01/2059

01/01/2060

01/01/2061

01/01/2062

01/01/2063

01/01/2064

01/01/2065

01/01/2066

01/01/2067

01/01/2068

01/01/2069

01/01/2070

01/01/2071

01/01/2072

01/01/2073

01/01/2074

01/01/2075

01/01/2076

01/01/2077

01/01/2078

01/01/2079

01/01/2080

01/01/2081

01/01/2082

01/01/2083

01/01/2084

01/01/2085

01/01/2086

01/01/2087

01/01/2088

01/01/2089

01/01/2090

01/01/2091

01/01/2092

01/01/2093

01/01/2094

01/01/2095

01/01/2096

01/01/2097

01/01/2098

01/01/2099

01/01/2010

01/01/2011

01/01/2012

01/01/2013

01/01/2014

01/01/2015

01/01/2016

01/01/2017

01/01/2018

01/01/2019

01/01/2020

01/01/2021

01/01/2022

01/01/2023

01/01/2024

01/01/2025

01/01/2026

01/01/2027

01/01/2028

01/01/2029

01/01/2030

01/01/2031

01/01/2032

01/01/2033

01/01/2034

01/01/2035

01/01/2036

01/01/2037

01/01/2038

01/01/2039

01/01/2040

01/01/2041

01/01/2042

01/01/2043

01/01/2044

01/01/2045

01/01/2046

01/01/2047

01/01/2048

01/01/2049

01/01/2050

01/01/2051

01/01/2052

01/01/2053

01/01/2054

01/01/2055

01/01/2056

01/01/2057

01/01/2058

01/01/2059

01/01/2060

01/01/2061

01/01/2062

01/01/2063

01/01/2064

01/01/2065

01/01/2066

01/01/2067

01/01/2068

01/01/2069

01/01/2070

01/01/2071

01/01/2072

01/01/2073

01/01/2074

01/01/2075

01/01/2076

01/01/2077

01/01/2078

01/01/2079

01/01/2080

01/01/2081

01/01/2082

01/01/2083

01/01/2084

01/01/2085

01/01/2086

01/01/2087

01/01/2088

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 LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA EXTENSÃO (20°) DE HÁLUX ESQUERDO, FERIMENTO CICATRIZADO NA REGIÃO FÍSICO: DO 1º RAIO 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 LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA EXTENSÃO (20°) DE HÁLUX ESQUERDO, FERIMENTO CICATRIZADO NA REGIÃO FÍSICO: DO 1º RAIO 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:	Francisca Fabíola da Silva	
NACIONALIDADE:	Brasileira	
PROFISSÃO:	Enfermeira pública	
IDENTIDADE:	1639231	CPF: 914.692.364-00
ENDEREÇO:	Rua Pires de Campos 775, passagem de areia.	

OUTORGADO

NOME:	Marcos Bernadino de Souza	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	
PROFISSÃO:	Motorista	
IDENTIDADE:	1896734	CPF: 061.089.354-80
ENDEREÇO:	Rua Brasilino Carvalho 122 - aguinha / areia velha	
DATA DO ACIDENTE:	20/09/2019	COBERTURA: invalidez permanente

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 Bernardo Moutou, 141 - Centro - CEP 59100-030 - Parnamirim - RN
Fone / Fax: (84) 3272-3226 - Site: www.tjrn.jus.br
E-mail: tjrn@tjrn.jus.br - Lucas Cristina Rodrigues do Vale (Substituto)
Reconheço por autenticidade e dou fé à firma de:
FRANCISCA FABIOLA DA SILVA
Selos Digitais: RN01900953160032649PNS
Confira a autenticidade em: <http://selodigital.tjrn.jus.br>
Parnamirim/RN, 6 de Dezembro de 2019. Ano: Ano: 12/57
Entestemunha 1º Ofício de Notas
TJRN - TJDFT - RJ



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439536/19

Vítima: FRANCISCA FABIOLA DA SILVA

CPF: 914.692.364-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/09/2019

Titular do CPF: FRANCISCA FABIOLA DA SILVA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

GERCA LOURENCO DA SILVA

