



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)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58600181	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, 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

Carta nº 15216321

Pag. 00899/00900 - carta_01 - INVALIDEZ





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. 00221/00222 - 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=20081216150921700000056262677>

Número do documento: 20081216150921700000056262677



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, 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



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=20081216150921700000056262677>

Número do documento: 20081216150921700000056262677

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

914.692.364-00

Françiscina Fabiana 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):

Françiscina Fabiana 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 ☐ 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 POUQUANCA (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 3798 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 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 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 a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora, para a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme 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 (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 tinha filhos, informar Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro/vivnacado? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 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 - Imagem digital da vítima: 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 36 - CPF válido de quem assina a pedido (a rogo): 37 - 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.

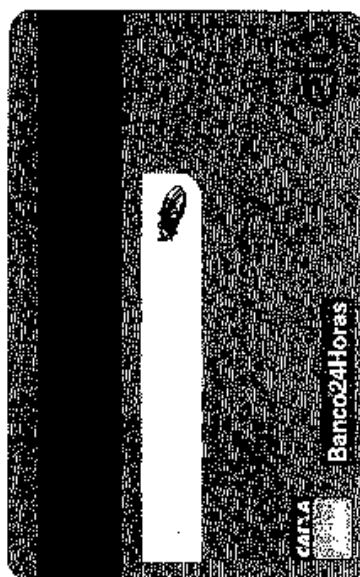
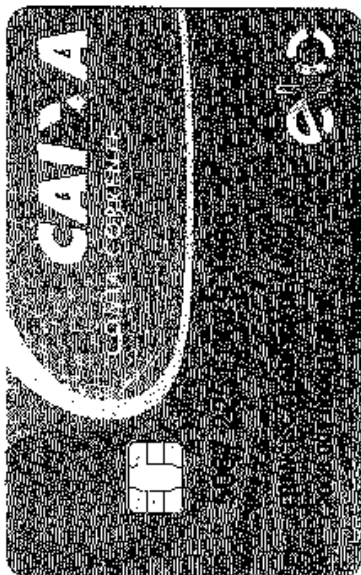
Françiscina Fabiana da Silva

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2011



**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
Pq 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 (*).
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <input type="checkbox"/> "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> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
1º DEDO DO PÉ (HÁLUX) - Lado Esquerdo | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
(X) 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 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

Uraí de Oliveira
DR. URAÍ 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
Pq 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 (*).
- | | |
|---|--|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "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> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
1º DEDO DO PÉ (HÁLUX) - Lado Esquerdo | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


DR. URAI 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 Nº: 775
Logradouro: R TEN PIRES DE CAMPOS CEP: 59.145-830
Bairro: PASSAGEM DE AREIA

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



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=20081216150921700000056262677>

Número do documento: 20081216150921700000056262677

Num. 58600181 - Pág. 8



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 01108908277
Número do Motor KC25E0H022752	Número do Chassi 9C2KC2500HR022747
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 NNU0731, 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 DEOCLECIO 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



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

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081216150921700000056262677>

Número do documento: 20081216150921700000056262677

Num. 58600181 - Pág. 9



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 Fabíola da Silva

FRANCISCA FABIOLA DA SILVA

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) titular(is) responsável(is) pelas informações acima apresentadas e declaro que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que da origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contumácia 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



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=20081216150921700000056262677>

Número do documento: 20081216150921700000056262677

Num. 58600181 - Pág. 10



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:

914.692.364-00

4 - Nome completo da vítima:

Francisca Fabiola 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:

Francisca Fabiola da Silva

6 - CPF:

914.692.364-00

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua Rios de Campos

9 - Número:

775

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Paragurus de Areia

12 - Cidade:

Paranamirim

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59145-630

15 - E-mail:

(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



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:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

2008

001

CONTA:

0000

1798

9

Autorizo a Seguradora LIDER a ceder a titularidade da conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo a 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 e no parecer do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER, para verificação 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 intenção 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 (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 - Vítima tem filhos, informar Vivos:



Sim



Falecidos:



Sim



Não

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)?



Sim



Falecidos:



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Falecidos:

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:



Sim



Falecidos:



Sim



Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Falecidos:



Sim



Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, 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 prevista no 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, Paranamirim 06 de Dezembro de 2019.

Francisca Fabiola da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





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



END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2111 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5321



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 175990/1

Data: 20/09/2019

CHAMADO

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 ROMEU SANTOS DE FREITAS - CONDUCTOR 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: *

64 ANO(S)

Sexo: *

FEMININO

Endereço: RUA SENADOR DUARTE FILHO

Nº: VP

Bairro: PASSAGEM DE AREIA

Outro Bairro:

Referência/Complemento: PROX FABRICA BONOR/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:

História 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: AMARELO
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 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: (RADIO OPERADOR) THATIANE BEATRIZ B. LOPES
Observação: Controle de frota: PCT AOS CUIDADOS DE DR CELSON - HDML

MONITÓRIOS 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:	Liberação Destino:	Liberação 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	



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

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008121615092170000005626277>

Número do documento: 2008121615092170000005626277

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





Tabela Social de Energia Elétrica - Criação pela Lei 10.438, de 26/04/02
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL
 Companhia Energética de São Paulo - CESP
 Rua Herculano, 150 - Jd. Morumbi - São Paulo - SP - CEP 05025-900
 CNPJ: 08.324.185/0001-87 | Ins. Est. 22025182-0 | www.cespa.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA FARIAS DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA LUIZ DE CAMARGOS, 75

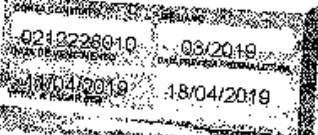
CPF: 04.652.864-00

CLASSIFICAÇÃO

SUPLENTE DE FORNECIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE ATIVIDADE: 1511-10/01
 RACIONALIZAÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA

DATA DE EMISSÃO: 03/04/2019
 DATA DE VENCIMENTO: 18/04/2019
 Nº DA FATURA: 0210228010
 Nº DE CONTABILIZAÇÃO: 187470019



DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO
125,000000	6,795	849,375
	7,104	
	1,50	
	0,50	

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
700012	1-2	1340	1340	0	0	0

Informações do Consumidor	Informações do Fornecedor	Informações do Produto
Nome: FRANCISCA FARIAS DA SILVA CPF: 04.652.864-00 Endereço: RUA LUIZ DE CAMARGOS, 75 Cidade: SÃO PAULO - SP CEP: 05025-900	Nome: CESP CNPJ: 08.324.185/0001-87 Endereço: Rua Herculano, 150 - Jd. Morumbi - São Paulo - SP CEP: 05025-900	Descrição: Energia Elétrica Unidade: kWh Valor: 125,000000

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 A presente fatura é emitida em nome do titular da conta e não representa qualquer compromisso da CESP com o consumidor. O consumidor é responsável por verificar a correta identificação dos dados e a validade da fatura. A CESP não se responsabiliza por erros de digitação ou por informações incorretas fornecidas pelo consumidor. A fatura é emitida em conformidade com a Lei 10.438/02 e a Resolução 1000/01 da ANEEL.

ATENÇÃO: O CONSUMIDOR DEVE ASSINAR A FATURA EM SEU NOME.
 Assinatura: _____
 Data: 03/04/2019



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE

RUA MERMOS, 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 28/04/02
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 BRASILÍCIO 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
62

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor de imposto R\$ 10,25

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Debitado 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: 0800-1596 / 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 do sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=3&CODIGO=29636>

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

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

Françisca Fabiola de Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 944.692.365 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura Invalido / Parcial da Vítima Françisca Fabiola de Silva

Inscrito (a) no CPF sob o nº 944.692.365 / 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: <u>Rua Brasilício Camilo</u>		Número: <u>122</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Anaquim</u>	Cidade: <u>Goianinha</u>	Estado: <u>PA</u>	CEP: <u>59173-000</u>
E-mail: _____		Tel. (DDD): <u>764</u> <u>99806-7091</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
Causa do caso - ? aneurisma

ocorreu
Pelo Samu



RG 1639231

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM / RN

EPF 914.692.364-00 (46)

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

Politrauma

NOME:

Franinete Fabiola da Silva

IDADE:

10.12.1964

COR:

Parda

SEXO:

Fem

ESTADO CIVIL:

casada

NATURALIDADE:

?

PROFISSÃO:

Secretaria

PROCEDÊNCIA:

Fortaleza

ENDEREÇO:

Pousa Pines de Campo nº 115

BAIRRO:

1055agem 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 ☐

ALEGA 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)

Nega rec. Refere dor pontos 2, 3 e 4.

EXAME FÍSICO

ABCDO

lesão lacitante ps 3 - Edema pontos 2

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

HRDML / SESAP
CONFERI C/ ORIGINAL
Parnamirim-RN, 22/02/2019
Mat. 1642-4


DIAGNÓSTICO INICIAL

Politrauma





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).

Medica
CRM-RN 9145
_____ CRM _____ Data 20/10/19
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)
MD: 600 kuo-entuse ju (E)
centro juho (A)
MD 27 fratura
MD Ate do ortoped
Diagnóstico: _____ CID: _____
_____ CRM _____ Data _____
Medico _____
Retornar à clínica solicitante _____ Unidade _____
Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia _____
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
Pamamirim-RN. 20/10/2019
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"/> ORTOPIEDIA	<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"/>

CONDUTA

1) Zupirana 02AP + ABD PV
 2) Filatril 01A + ABD SV
 3) RLA.

14:50

Prof. André
 Gonçalves

* Realizada sutura
 de útero em pte (C):

Selso J. R. Melo
 CRM 8700
 22/05/2019

- Anestesia + exposição de campos estêreis + omentecia
 local + sutura com nylon 4 pontos simples e
 curativo.

- Prescrito ANES

- Atestado médico (03 dias).

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 _____ HS		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 API Obliquo
Rx pé E API Obliq

INDICAÇÃO CLÍNICA

Dolência

Requisitante: _____

Selso 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

Clínico Geral

Dermatologia

Endocrinologia

Gastroenterologia

Ginecologia

Mastologia

Neurologia

Nutricionista

Odontologia

Oftalmologia

Ortopedia

Otorrinolaringologia

Pediatria

Proctologia

Psicologia

Psiquiatria

Reumatologia

Urologia

Exames:

Acupuntura

Colposcopia

Eletrocardiograma

Eletrocalterização

Exame Preventivo

Exames laboratoriais

Endoscopia Digestiva

Peniscopia

Prótese Dentária

Ultrassonografia

Ligadura Elástica

Retossigmoidoscopia

Nome:

Fernanda Flôr da Silva

2019

*Segunda visita de acompanhamento
clínica no hospital*

*Diagnóstico de hipertensão arterial
por data de 22.09.2019.*

*Sob o acompanhamento do
cl. para monitorar a evolução*

*profunda. Realizar tratamento
cirúrgico e fazer exame*

*ultrassom de fígado no dorso
dos rins para detectar pedras*

*de 2º grau e de 1º grau
de refluxo e com*

monitor e ECG de rotina.

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

Assinatura e Carimbo do Médico

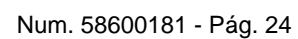
Rua Dr. Carlos Mateus 219 - Centro - Parnamirim - RN

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

6.12.19



870015139 45751 ACAR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO Nº 0145289594-1

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

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 0145289594-1

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

ESTE É O SEU BICHETE DO SEGURO DPVAT 2015
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1304

VEICULO Nº 0145289594-1

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

2015

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO ALIQUOTADO (R\$)

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE OUTUBRO

SEGURODORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.218.658/0001-94

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO Nº 0145289594-1

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO Nº 0145289594-1

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO Nº 0145289594-1

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO Nº 0145289594-1

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

PLACA Nº 2601231

ESP. DE V. Nº 0145289594-1

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 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 físico: LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA EXTENSÃO (20°) DE HÁLUX ESQUERDO, FERIMENTO CICATRIZADO NA REGIÃO DO 1º RAIOS 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 Campos 775, passagem de arara</u>	

OUTORGADO

NOME: <u>Marcelo Bernardino de Souza</u>	
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>casado</u>
PROFISSÃO: <u>Matemático</u>	
IDENTIDADE: <u>1896734</u>	CPF: <u>061.089.354-80</u>
ENDEREÇO: <u>Rua Brasilino Camilo 122, jardim da / área urbana</u>	
DATA DO ACIDENTE: <u>20/09/2019</u> COBERTURA: <u>insalubre / danos</u>	

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.

Panamirim - 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 Registro
Rua Sargento Norberto Marques, 145 - Centro - CEP 65100-030 - Panamirim/PA
Fone / Fax: (84) 2272-3320 - Site: www.1ooficiopanamirim.com.br
Equipe: Lina do Vale (Téc. Reg.) - Luciana Cristina Rodrigues do Vale (Substitua)

Reconheço por autenticidade e dou fé a firma de:
FRANCISCA FABIOLA DA SILVA
- Selo Digital: RN201900953150032649RNS
Confira a autenticidade em: <http://selodigital.tjrn.jus.br>
Panamirim/RN, 6 de Dezembro de 2019, às 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

