

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: 14/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00033

CONTA: 000000027010-7

Nr. da Autenticação 1FB25821F3B4ED10

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200139668 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA **Data do acidente:** 10/10/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO MÉDIO DO FÊMUR ESQUERDO(P.6)
FRATURA PROXIMAL DE TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA- FÊMUR ESQUERDO (P.5)//
OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS- JOELHO ESQUERDO (P.7)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações: *NÃO HÁ LAUDO NA ABA DE IML

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 membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

**COSERN**

Terça Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCALCompanhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memes, 150 - Estado, 11001 - 101 CEP 56025-200
CPF 06.324.190/0001-01 - Insc. Est. 20053799-0, www.cosern.com.br**DADOS DO CLIENTE**

MARIA LUCIA DE OLIVEIRA FERREIRA COSTA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DOM JOSE MEDEIROS LEITE 41

CPF 241.317.174-68 NIS 12551802779
CLASSIFICAÇÃOABOLICA/VAREJA URBANA
MOSSORO RN
59612-190B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM FMS

CONTA CONTRATU

MENSUAL

27/09/2019 22/10/2019

0497323017

09/2019

27/09/2019 22/10/2019

27/09/2019

22/10/2019

27/09/2019 22/10/2019

487941

49,38

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo de 30 kWh	30,00000000	0,21671332	6,50
Consumo Abaixo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,37884978	26,52
Consumo Abaixo superior a 100 até 220 kWh	8,00000000	0,50497455	4,04
Acrescimo Bandeira VERDE/AMARELA			3,01
Contrib. Buro Pública Municipal			2,51
ICMS-Parcela Supervisionada			5,41

TOTAL DA FATURA**DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO DA NOTA FISCAL**

49,38

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior DATA	Anterior LECTURA	Atual DATA	Atual LECTURA	Nº DE CONSTANTES	ADJUSTE	CONSUMO (kWh)
2100453007	CAT	27-09-2019	8445,00	20-09-2019	8561,00	30	1,0000	100,00

INFORMAÇÕES DE PAGAMENTO**INFORMAÇÕES DE VENCIMENTO****COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

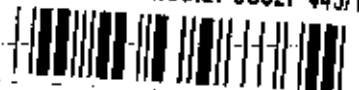
PREÇO UNIT.	VALOR DE CÁLCULO	VALOR DO BÔNUS	Composição do Consumo	R\$	10,00	38,38%
10,00	10,00	0,00	Transmissão	R\$	1,00	4,04%

Comprovante de residência





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



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu Rosinaldo Dantas de Araújo
inscrito (a) no CPF/CNPJ 385.408.484 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Fabio Junior Barros de Lima Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.257.894 / 25
do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da vítima Fabio Junior Barros de Lima Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.257.894 / 25 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Dom José Medeiros Leite</u>	Número: <u>41</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Abolicão</u>	Cidade: <u>Mossoró</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59612-190</u>	Tel. (DDD): <u>98821-8225</u>

Local e Data: Mossoró, RN / 09/01/2020

Rosinaldo Dantas de Araújo
Assinatura do Declarante

CIRURGIA GERAL - AMARELO

21.00.45

Paciente: 60817 - FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA SILVA (37 a 5 m 9 d)

Nascimento: 01/05/1982

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708405277067260

CPF: 01125789425

Prof:

Mãe: FRANCISCA BARROS DE LIMA

Pai: ANTONIO PEREIRA DE LIMA

Logradouro: DOM JOSE LEITE, 41

CEP: 59649899

Baixo: ABOL: 11

Cidade: MOSSORÓ

Telephone: 84.88434138

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU

Classificação:

PESO:

10/10/2019 07:57:39

[illegible]

HISTORIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISÃO CARRO X MOTO COM POSSIVEL FRATURA EM FÊMUR ESQUERDO, APRESENTA LESÃO NA REGIÃO DO MENTO E DOR EM REGIÃO ESCAPULAR DIREITA

Hora: 18:10 Potente sistema de resfriamento central foi representado por um
 com um alto capacidade. Deixei para de resfriamento, minutos, usou os
 materiais usados. Pode ser em meio capacidade voluta e em PIC.

P. Ulas mercuris peritiss, perit mercuris

B. MV ① est une lnc co. SPA. Sesm dirigeants de nationalité suisse ont été

(1) নিম্নলিখিত কোন কোন দেশে জাতিসংঘ সদস্য হয় ?

D. FINE, EGE, IS at client meeting

F. base com costura de 2,06 cm no ponto e de 0,4 cm no fecho direito.
Fronteira, dig. prolixa, exposta em 1/2 cm exposta + diferenciada de pelca

HCD de Rx de Dokter regneren + TC de Dokter is 1 maal

03. Benzena na BF_3 + NCl_3 + CH_3COCl

as Solen + Nematodes + Protozoa

Documentacao medico - hospitalar

Diagn. Inicial: Depressão

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
01 Dextro 300mg			
02 Dextro 300mg/ml - 02 ml + 08 ml AB2 IV, 3x/d	✓	8:40h	Reb
03 T. 40mg - 1ER + 03 ml AB2 IV, 3x/d	✓		
04 Fluido venoso fisiológico			
05 S ^o 0,9% - 500 ml IV 78 ml/min			
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO ESTA CONFORME O ORIGINAL DE MOSSORÓ 18/10/2019 B.M.V. SAME / ARQUIVO			

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito ☒ Interna: (Preencher) CC-PRG

CID 772.3 Proc 0408050513 Data: 10/19/18. Hr: 20:10 Médico

*Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS. Impresso em 10 de Outubro de 2019.

Cambridge)

Dr. (Dr.)
Oscar A. Trindade
CRM 5555
TEST 10481

REGIONAL PARCISO LAIA
RECORDE ORIGINAL
18/10/2019
S.M.S.
S.M.E. / ARQUIVO

MF 10/10/19 10:25h
ste vitas de frouas foos, eputa
DCE em manto.
TC ea fee normaf.
Col: Antsepho + fuku + curf'u
Atk BMF.
DR. Adriano Albuquerque
TOMOGRAFIA



**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 602

Mossoró 21 de Outubro de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário **FABIO JUNIOR DE LIMA SILVA, 37 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente automobilístico: Colisão Moto x Carro (Acidente de Trajeto)

Data da Ocorrência: 10/10/2019

Local da ocorrência: Avenida: Presidente Dutra/Alto de São Manoel em frente ao Bambinos.

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Bravo de Vida - 01

Hora do Chamado: 07h 17 min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes) e encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do SAMU 192 Mossoró.

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **ANTONIA DA SILVA LIMA, 40 anos, portador de RG: 1.773.172.**

Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADMINISTRATIVA / SAMU
MAT. 58682-1

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do SAMU/Mossoró

Dr. Dixon F. Medeiros Lima
Diretor Geral / SAMU
Mat. 405418-3
CRM 15459-2

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matricula 405418-3
Diretor Geral do SAMU/ Mossoró

Paciente...: 4899600 FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA

Nascimento...: 01/05/1982 Sexo: M RG: 2696744 SSP RN CPF: 01125789425

Endereço...: AL TRAVESSA LIMA E SILVA 22 BOM PASTOR NATAL RN 59015000 Tel: 99900-7932

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: B4055000097004015

RPA - RECUPERAÇÃO

Solicitante: Dr(a) ANDRE DE CASTRO ALC

Queixa Principal:

FEARTURA DE FEMUR

Exame:

RX JOELHO: A.P. - LATERAL

!ags\$V

6268800151

RELATÓRIO

ANÁLISE

- Fratura no terço médio do fêmur esquerdo
- Prótese metálica por tratamento cirúrgico anterior
- Exame de controle

OBS. Exame documentado em CD.

EUGENIO ALBUQUERQUE PEQUENO - CRM 1226-CE

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX - HAPFOR
NºPedido: 33473569

Data 14/10/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 4899600 FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA
Nascimento..01/05/1982 Sexo: M RG. 2696744 SSP RN CPF.: 01125789425
Endereço AL TRAVESSA LIMA E SILVA 22 BOM PASTOR NATAL RN 5901500 0 Tel.: 99900-7932
Convênio HAPVIDA CENTRO CIRURGICO
Matricula : B4055000097004015
Solicitante: Dr(a) DEGINALDO HOLANDA C

Queixa Principal:

FEARTURA DE FEMUR

Exame:

RX JOELHO: A.P. - LATERAL ESQUERDO

!ags\$j"

6268800171

RELATÓRIO.

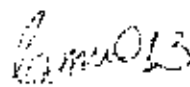
Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em tibia proximal com placa metálica e parafusos.

Presença de hastes metálicas e parafusos fixando fêmur.

Demais aspectos inalterados.

OBS : Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudô após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.



COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX - HAPFOR
NºPedido: 33456487

Data 11/10/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 4899600 FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA
Nascimento...: 01/05/1982 Sexo: M RG.: 2696744 SSP RN CPF.: 01125789425
Endereço...: AL TRAVESSA LIMA E SILVA 22 BOM PASTOR NATAL RN 59015000 Tel.: 99900-7932
Convenio...: HAPVIDA
Matricula...: B4055000097004015 1B1 F1T0 2 - 1331B0
Solicitante: Dr(a) ANDRE DE CASTRO ALC

Queixa Principal:
FEARTURA DE FEMUR

Exame:
RX COXA (MENBROS INFERIORES) - ESQUERDO

!ags\$L'

6268800141

RELATÓRIO

ANÁLISE

- Fratura cominutiva no terço médio do fêmur esquerdo.
- Outras estruturas osteoarticulares integras.

OBS: Exame documentado em CD.

EUGENIO ALBUQUERQUE PEQUENO - CRM 1226-CE



**ANTONIO
PRUDENTE**

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento
62682083

!ag7v"

26/11/2019 13:51:33

STE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
4899600	FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA	M	01/05/1982	37
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
2696744 SSP RN	1125789425			2-SOLTEIRO

Endereço		
AL TRAVESSA LIMA E SILVA,22 - BOM PASTOR, NATAL(RN) CEP 59016000		
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	
99900-7932		

DADOS DO CONVENIO

Convenio	NORSA REFRIGERANTES LTDA	
22 HAPVIDA	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
B4055000097004015		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
11/10/2019	11:33		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
903400 BRUNO DE BRITO BOTELHO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA (1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/11/2019 13:48

Paciente: FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA	DT. Nasc.: 01/05/1982	Atendimento: 62682083	Prontuário: 4899600
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	
Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO CRM 63281/1		Nº: 45375538	11/10/2019 às 11:44

ANAMNESE

Queixa Principal	fratura do fêmur, veio do traslado de messoro faço analgesico, solicito pre-op, reserva de sangue	(1)
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	(1)
CID10	S72 FRATURA DO FEMUR	(1)
Alergias	Não	(1)
Medicação Em Uso	Não	(1)
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	(1)

DIAGNÓSTICO

CID10	S72 FRATURA DO FEMUR	(1)
CID10	S72 FRATURA DO FEMUR	(1)

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação	(1)
--------------------------------	-----------------------------------	-----

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/11/2019 13:49

Paciente: FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA

Dt. Nasc.: 01/05/1982

Atendimento: 62682083

Prontuário: 4899600

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): **MARILIA DOS SANTOS FERREIRA COREN 1292000** (1) Nº: 45377354 11/10/2019 às 12:23

SINAIS E SINTOMAS

Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem

Sim

(1)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

RINGER COM LACTATO TUBO 500ML EV 1/3 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 12:23, EM 11/10/2019 POR MARILIA DOS SANTOS FERREIRA, COREN/CE 1292000.

(1)

TRAMADOL AMPL 50MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 12:23, EM 11/10/2019 POR MARILIA DOS SANTOS FERREIRA, COREN/CE 1292000.

BUSCOPAN COMPOSTO AMPL 5ML EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 12:23, EM 11/10/2019 POR MARILIA DOS SANTOS FERREIRA, COREN/CE 1292000.

PUNCAO C/JELCO REALIZADO AS 12:24, EM 11/10/2019 POR MARILIA DOS SANTOS FERREIRA, COREN/CE 1292000.

AValiação DE RISCO

Hemorragia Puerperal

(1)

Lesão Por Pressão Adulto (Braden)

(1)

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)

(1)

Queda Adulto (Morse)

(1)

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)

(1)

Flebite

(1)

Tromboembolismo Venoso Clínico

(1)

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/11/2019 13:49

Paciente: FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA	Dt. Nasc.: 01/05/1982	Atendimento: 62682083	Prontuário: 4899600
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	
Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399739 [1]		Nº: 45377611	11/10/2019 às 12:30

PACIENTE

Data De Admissão	11/10/2019	[1]
------------------	------------	-----

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia	Emergência.	[1]
------------------	-------------	-----

Data De Cirurgia	11/10/2019	[1]
------------------	------------	-----

Procedimento Cirúrgico Proposto	pré-op de fêmur esquerdo	[1]
---------------------------------	--------------------------	-----

Pulseira De Identificação	msd.	[1]
---------------------------	------	-----

Comorbidades	nega	[1]
--------------	------	-----

Nome, dosagem, frequência	nega	[1]
---------------------------	------	-----

Alergia- Descrição	nega	[1]
--------------------	------	-----

Tabagista	não.	[1]
-----------	------	-----

Etilista	não.	[1]
----------	------	-----

Cirurgias Anteriores	Não.	[1]
----------------------	------	-----

Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa.	[1]
------------------------------------	--------------	-----

Orientações Ao Paciente	Cirurgia.	[1]
-------------------------	-----------	-----

Reserva de Hemoderivados	Sim.	[1]
--------------------------	------	-----

Reserva de Hemoderivados		
--------------------------	--	--

Higienização	s	[1]
--------------	---	-----

Adornos, Esmaltes E Maquiagem	s	[1]
-------------------------------	---	-----

Exames E Procedimentos	Outros/Especificar.	[1]
------------------------	---------------------	-----

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Jejum	Sim.	[1]
-------	------	-----

ABDOMEN

Ruídos Hidroacústicos (RHA)	Presentes.	[1]
-----------------------------	------------	-----

Dor À Palpação	s	[1]
----------------	---	-----

ELIMINAÇÕES

Urinárias	Presente.	[1]
-----------	-----------	-----

COGNITIVO / PERCEPTIVO

Em Ouvir	Não.	[1]
----------	------	-----

Compreender	Não.	[1]
-------------	------	-----

Memorizar	Não.	[1]
-----------	------	-----

Falar	Não.	[1]
-------	------	-----

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

26/11/2018 13:49

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA

Dt. Nasc.: 01/05/1982

Atendimento: 62682083

Prontuário: 4899600

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI

Leito: 133227/1

Profissional(is): **DIANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 359733 (1)** Nº: 45377755 11/10/2019 às 12:34

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	11/10/2019	(1)
Hora Da Cirurgia	a definir	(1)
Cirurgia	pré-op de fêmur esquerdo	(1)

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Sector De Admissão Do Paciente	emergência	(1)
Identidade Do Paciente	sim.	(1)
Avaliação Pré-Anestésica	não.	(1)
Realizados Protocolos De Instrumentais	SIM.	(1)
Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião	Sim.	(1)
Confirmação De Vaga Em UTI	Não.	(1)
Exames Complementares	Sim.	(1)
Retirada De Adornos/Próteses	Sim.	(1)
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	Sim.	(1)
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	Sim.	(1)
Confirmação De Reserva De Sangue	Não.	(1)
Tricotomia	Não se aplica.	(1)
Banho Pre-Operatório	Sim.	(1)
Paciente Refere Alergia	NÃO.	(1)
Paciente Está Em Jejum	sim.	(1)

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/11/2019 13:49

Paciente: FABIO JÚNIOR BARROS DE LIMA	Dt. Nasc.: 01/05/1982	Atendimento: 62682083	Prontuário: 4899600
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	
Profissional(is): MARIA ALVES PEREIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 006596 [1] Nº: 45377854 11/10/2019 às 12:36			
SINAIS E SINTOMAS			
Sinais e Sintomas / Orientações Da Enfermagem	Cliente F.J.B.D.L sexo masculino deu entrada nesta unidade HD fratura de fêmur, veia de moscoró. [1]		
CONTROLE VITAIS			
OUTROS DADOS E SINAIS			
GLICEMIA PELA FITA (DX)	89 mg/dL		[1]
Set O2	99 %		[1]
1. DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS			
Data	11/10/2019		[1]
Hora	12:38		[1]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

28/11/2019 13:50

Paciente: FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA

Dt. Nasc.: 01/05/1982

Atendimento: 62882083

Prontuário: 4899600

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): MARIA ALVES PEREIRA, TECNICO DE ENFERMAGEM, COHEN DORIS ITZEL Nº: 45378028 11/10/2019 às 12:39

CONTROLE VITAIS**SINAIS VITAIS**

T	37,2 °C	[1]
FC	99 bpm	[1]
FR	20 mrpm	[1]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/11/2019 13:50

Paciente: FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA**DT. Nasc.:** 01/05/1982**Atendimento:** 62682083**Prontuário:** 4899600**Convênio:** HAPVIDA**Posto:** POSTO EMERGÊNCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/1**Profissional(is):** LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRA, COREN 389733/11, Nº: 45378200 11/10/2019 às 12:43**SINAIS E SINTOMAS****Sinais e Sintomas / Orientações Da Enfermagem**

Cliente admitido na emergência traumatológica do HAPFOR na manhã de hoje (11/10), de origem do hospital de Mossoró. [1]

HD: Pré-op de fêmur esquerdo.

Nega alergias ou comorbidades.

Verificado SSVV:

T:37.2

DX:89

SAT:99

FR:20

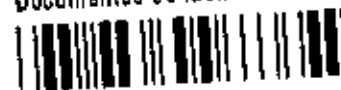
Reservado 2 CH para a cirurgia.

Aguarda internar e cirurgia.

Jejum desde 10/10 às 22:00hrs

Aos cuidados da equipe da emergência.

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
II MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CAIXA DE RACIONAL DE HABILITACAO

FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA SILVA

002696744 **ESP** **RM**

011.257.894-25 **01/05/1982**

ANTONIO PEREIRA DE LIMA
FRANCISCA BARROS DE LIMA

05147923996 **01/12/2020** **23/02/2011**

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
1233926358

EXERCICE ATIV. REGENERADA:

FABIO JUNIOR B DE LIMA SILVA

LOCAL **DATA EMISSAO**
BRASIL, RN **21/01/2016**

16430554636
22702320523

DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
1233926358

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÊS

DETRAN - RN Nº 014100283217
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 01190739264 2019

FABIO JUNIOR CARDOZ DE LIMA

011.257.894-25 0GV3A14

0GV3A14/RN 9C2KC2500KR038079

PASSEIRO/MOTOCICLISTA/NAO APLICAVE GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 160 START ANO FAB. 2019 ANO MOD. 2019

OCV/162 CILINDRADAS PARTICULAR VERMELHA

I	R\$ 0,00	05/06/2019	1º PAGO
V	FAIXA PJA		2º PAGO
A	002898 3X	R\$ 000000	3º PAGO

TAXAS DETRAN: PAGO DPVAT: PAGO

ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 07.707.650/0001-10
AYMORE CREDITO FINANCI E INVEST SA
MOTOR: KC25E0R038100

MOSSORO/RN 10/05/2019

Carimbo do Detran-RN

Carimbo do Registro de Veículos

DETRAN-RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES EM VIA DE TRAFEGO OU POR CARGAS APES DAS TRANSPORTADAS OU NAO DO DPVAT

RN Nº 014100283217 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
BAC DPVAT 0000 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 10/05/2019

1 011.257.894-25 0GV3A14

01190739264 HONDA/CG 160 START

ANO FAB. 2019 9 9C2KC2500KR038079

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL DO PAGO SEGURO (R\$)

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE COTAÇÃO

SEGURADORA LÍDER DPVAT

CNPJ 00.248.003/0001-04

0119-2018

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 ASL: 3 - CPF da vítima: 011.257.894-25 4 - Nome completo da vítima: Fabio Junior Barros de Lima 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: Fabio Junior Barros de Lima Silva 6 - CPF: 011.257.894-25
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua: Dom Jose Medeiros Leite 9 - Número: 41 10 - Complemento:
11 - Bairro: Abolição 12 - Cidade: Moxos 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59612-190
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 9 8821-8225

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)

AGÊNCIA: 0033 CONTA: 000 27010 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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 sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

36 - CPF legível 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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

FPS.001 V002/2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088631/20

Vítima: FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA SILVA

CPF: 011.257.894-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/10/2019

Titular do CPF: FABIO JUNIOR BARROS
DE LIMA SILVA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



ROSINALDO DANTAS DE ARAUJO : 785.403.484-20

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

FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA SILVA : 011.257.894-25

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

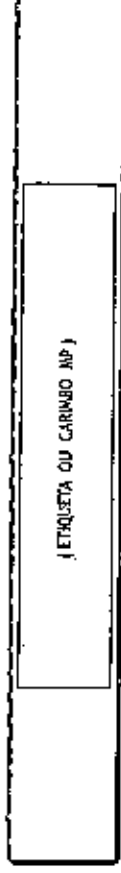
Data da apresentação: 11/03/2020
Nome: FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA SILVA
CPF: 011.257.894-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA SILVA

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA





Correios		REGISTRADO URGENTE registered priority		PESO (kg) 0,14
Recebido				
Assinatura				
JU 02870921 4 BR				
				

SEGURADORA LIBER

RUA DA ASSEMBLEIA, 100. 21º ANDAR, RS, BRASIL
CEP: 20011-904, RIO DE JANEIRO, RS, BRASIL

PROCURAÇÃO



Outorgante:

Fabio Junior Barros de Lima Silva, brasileiro (a), estado civil casado,
profissão Autônomo, residente e domiciliado à Rua Dom José de Lencastre Beito
Nº 44, Bairro A Polígon, Município de Mossoró
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59.632-390
portador(a) do RG nº 002696744, SSP/ RN e CPF nº 044.253.894-25

Outorgado:

Rosamundo Montede Araujo, brasileiro(a), estado civil casado,
profissão Autônomo, residente e domiciliado à Rua Dom José de Lencastre Beito
Nº 44, Bairro A Polígon, Município de Mossoró
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59.632-390
portador(a) do RG nº 838.954, SSP/ RN e CPF nº 785.403.489-20

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro de cobertura Invalida, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Fabio Junior Barros de Lima Silva ocorrido em 30/10/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

4º OFÍCIO
MOSSORÓ-RN

MOSSORÓ, 29 de NOVEMBRO de 2019

FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA SILVA
Outorgante

CPF Nº 044.253.894-25

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verídica

Cartório Quatro Odeios de Moraes de Mossoró-RN
Rua Jerônimo Rodado, 74 - Titular: MARIA LUCIVAM FONTES SILVA
AZEVEDO, Cont.: (84)3321-6610 cartorio4mossoro@hotmail.com

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de Nome do
Reconhecido: FABIO *JUNIOR* BARROS DE LIMA
SILVA-044.253.894-25
Confirma em: https://sejodigital.tjn.rn.br
Selo Digital: RN201900941030021370306
Mossoró-RN, 19 de novembro de 2019 11:38
DOUGLAS FONTES DE MELO Substituto
Do 1ºº
Emol 265 ISSO 014
AA976788

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088631/20

Vítima: FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA SILVA

CPF: 011.257.894-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/10/2019

Titular do CPF: FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA SILVA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSINALDO DANTAS DE ARAUJO : 785.403.484-20

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

FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA SILVA : 011.257.894-25

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: 11/03/2020
Nome: FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA SILVA
CPF: 011.257.894-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA SILVA

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200139668

Vítima: FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 10/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSINALDO DANTAS DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200139668

Vítima: FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 10/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSINALDO DANTAS DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA 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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000033

Conta: 000000027010-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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





Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ IN

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 011.257.894-25 4 - Nome completo da vítima: Fabio Junior Barros de Lima 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: Fabio Junior Barros de Lima Silva 6 - CPF: 011.257.894-25
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua: Dom Jose Medeiros Leite 9 - Número: 41 10 - Complemento:
11 - Bairro: Abolição 12 - Cidade: mpororó 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59612-190
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 9 8821-8225

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)

AGÊNCIA: 0033 CONTA: 000 27 010 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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 sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (informar)? ☐ 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

36 - CPF legível 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, mpororó, RN, 09/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)



AUTOATENDIMENTO - AG. MOSSORO
DATA: 12/12/2019
TERMINAL: 05601017

HORA: 08:45:06
CONTROLE: 056010170055

AGENCIA: 0033 - RIBETRA
CONTA: 013.00027010-7
CLIENTE: FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
DATA VALOR
27/11 6.42

MOVIMENTACAO
DATA NR.DOC HISTORICO VALOR
SALDO ANTERIOR 506.40C

Novembro
25/11 231416 SAQUE B24H 500.00D
27/11 000000 REM BASICA 0.00C
27/11 000000 CRED JUROS 0.02C

RESUMO EM 11/12 6.42C
SALDO

RESUMO DO DIA 6.42C
SALDO DISPONIVEL 0.00
SALDO BLOQUEADO 6.42C
SALDO TOTAL

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 1001419

1 - LOCAL E DATA

Local AV PRESIDENTE DUTRA Bairro ILHA SANTA LUZIA
Cidade/UF MOSSORÓ P. Ref. AABB
Data 10/10/2019 Hora do acidente 06:50 Hora do registro 07:20 Dia da semana QUINTA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi H0159 87 Cidade MOSSORÓ UF RN
Marca/Mod. GM / CEITA Cor PRATA Ano 2010 / 2019
Proprietário MARIA DO SOCORRO DE MEDEIROS PEREIRA Nº de Ocupantes 1
Condutor MARIA DO SOCORRO DE MEDEIROS PEREIRA Data de Nasc. 27/09/1960
Endereço RUA VEREADOR JOSE BERNARDES Nº 28 Fone 98514753
Bairro ALTO DE SÃO MANOEL Cidade MOSSORÓ UF RN
CPF Nº 293.185.564-20 CNH Nº 01642913855 Validade 29/10/2024 Categoria B
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi QGV 3A14 Cidade MOSSORÓ UF RN
Marca/Mod. HONDA / CG 160 START Cor VERMELHA Ano 2019 / 2019
Proprietário FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA Nº de Ocupantes 1
Condutor _____ Data de Nasc. / /
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

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

6 - VEÍCULO 04:

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

11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciar: ☐ Fato ☐ Registro

Nome: _____
 RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ N°: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Assinatura: _____ Hora: _____

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciar: ☐ Fato ☐ Registro

Nome: _____
 RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ N°: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Assinatura: _____ Hora: _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciar: ☐ Fato ☐ Registro

Nome: _____
 RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ N°: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Assinatura: _____ Hora: _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciar: ☐ Fato ☐ Registro

Nome: _____
 RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ N°: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Assinatura: _____ Hora: _____

15 - SOCORRISTAS VEÍCULO UTILIZADO

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

16 - IMAGENS FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO ATUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AT N°: _____ CDD/DESD: _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

1/ Ambos se encontravam local de Reparo
 2/ Condutor de V2 foi socorrido pela UPA SAMU
 3/ V2 foi liberado para ANTONIO HILDEMBERG CASTRO DOS SANTOS CNH 03678579908

Nome Completo do Agente: WESLEY MARTINS DE ANDRADE
 Função: SGT PM N°: 222188-9 Viatura: DELTA
 Local: Massera Data: 10 de OUTUBRO de 2019
 Subunidade: 2º DPB
 Assinatura do Agente de Trânsito: _____

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. PRESIDENTE DUTRA

Em que sentido? À ESQUERDA QUE TRANSITAVA NA AV. PRESIDENTE DUTRA Em que faixa? 3ª FAIXA

Versão do condutor QUANDO FUI FAZER O RETORNO, OBSERVEI QUE OS CARROS TINHAM PASSADO À FRENTE NÃO VEIO A NOTA, E ELA VEIO A COLHER.

Assinatura do Condutor do V1 Renato de Souza Mafra Junior

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V2 _____

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4 _____



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRAFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO
Nº 1001419

1 - LOCAL DO ACIDENTE

Local:	AV PRESIDENTE DUTRA	Bairro:	ILHA DE SANTA LUZUIA
P. Ref.	AABB	Data:	10/10/2019

2 - VEÍCULO: V-02

Placa	QGV3A14	Cidade	MOSSORÓ	UF	RN
Marca/Mod.	HONDA 160/ START	Ano	2010/2011		
Proprietário	FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA	Nº de Ocupantes	01		
Condutor	FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA	Data de nasc.	01/05/1982		
Endereço	DOM JOSE DE MEDEIROS LEITE	Nº	41	Fone	(84)988218225
Bairro	ABOLIÇÃO 2	Cidade	MOSSORO	UF	RN
CPF nº	011.257.894-25	CNH	05147923996	Validade	01/12/2020
Local de Trabalho		AD			

3 - VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	AV PRESIDENTE DUTRA
Em que sentido?	CENTRO/ ALTO DE SÃO MANOEL
Em que faixa?	DIREITA

Versão do condutor:

"Alega que: TRAFEGAVA NA AVENIDA CITADA E NAS PROXIMIDADES DA AABB UM VEICULO QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRARIO FOI FAZER O RETORNO E NÃO RESPEITOU A PREFERENCIAL VINDO A COLIDIR NO MESMO.

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral do Código Penal Brasileiro".

Assinatura do Condutor/
declarante

FABIO JUNIOR BARROS DE LIMA, LIMA

Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 19/11/2019, na Sede do 2º DPRE.

Nome do Agente que registrou as informações André Victor Gê do Nascimento

Posto/Graduação	SD PM	Matrícula	2019884	Viatura	*****	Unidade	2º DPRE
-----------------	-------	-----------	---------	---------	-------	---------	---------

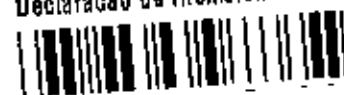
Auxiliar do Setor de Tráfego do 2º DPRE.



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.