

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200164354 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA SILVA **Data do acidente:** 31/01/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.(PÁG.7)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

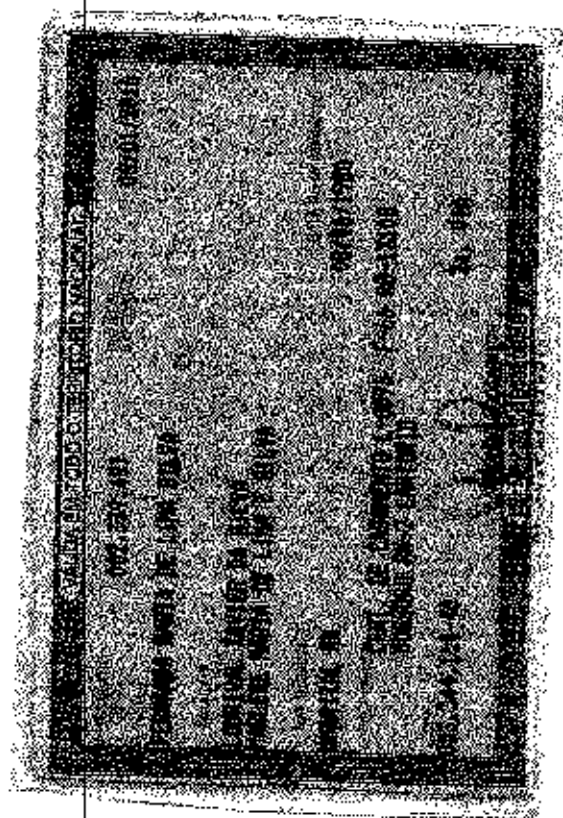
Documentos complementares:

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO



Francisco Luiz Moreira de Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SECRET - SECURITY INFORMATION

CONFIDENTIAL

MEMORANDUM FOR THE DIRECTOR
SUBJECT: [Illegible]

TO: THE DIRECTOR, [Illegible]
FROM: [Illegible]

SIGNATURE OF DIRECTOR

DATE 7/16 DE 29/03/83



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 2161 /2020

Admissão: 31/01/2020 10:06:48

OK

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: **56797 - FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA SILVA** (42 a 3 m 7 d)

Nascimento: 24/10/1977

Natural: APODI.BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 703205651128295

CPF: 03078564452

Prof:

Mãe: MARLENE MARIA DDE LIMA E SILVA

Pai: LOURIVAL XAVIER DA SILVA

Logradouro: BARRINHA, 0

CEP: 59649899

Bairro: ÁREA RURAL DE MOSSORO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.92045124

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: CONDUZIDA PELO SAMU

Classificação:

PESO:

31/01/2020 10:01:40

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	140 80		98		18	74		15	

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO. APRESENTA EDEMA EM MID.

Dt e Hora: 30.20

Paciente vítima de queda de moto após colidir com automóvel. Relata uso de capacete.

A: vitas aéreas péruas, sem cervicalgia, atendida seg. protocolo.

B: MM bilateramente, expansibilidade simétrica.

C: estôm. hiperdistendido.

D: Glasgow 15, cor. pupilas, ref. potentes.

E: Entusao em tornozelo direito

Diagn. Inicial: Trauma após colisão com motocicleta

Assin:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

CD: RX pé direito e analgesia

① Paracetamol

② Dipirona 500mg/ml : 2 + 8ABD, IV, qsc

③ Tilgital 40mg + 50ABD, IV, qsc

④ Alta da cirurgia geral.

C 30.10

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: 31/01/20. Hr: :

Médico:

*Gerado via SX por JUREIDE DE BRITO ALMEIDA. Impresso em 31 de Janeiro de 2020.

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
BAME MOSSORO
BAME / ARQUIVO
MOT. 150 313 0



HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO

PELRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50

Nº AIH

CRISTINA

BOLETIM DE ADMISSÃO

Atendimento	1226578
Data:	20/03/2020
Hora:	7:47

454565 - FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 24/10/1977 - 42 A, 4 M, 27 D - CPF: 030.785.644-52 RG: 003762555

CNS: 703205651128295

Convênio: SUS

Leito: CR01-06

Endereço: SÍTIO BARRINHA, Nº 0 - CEP: 59600-010

Enfermaria: ER01 - CENTRO CIRÚRGICO 1

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Cód.: 2408003 - MOSSORO/RN

Profissão: DOMESTICA

Especialidade: ORTOPEdia CIRÚRGICA

Pai: LOURIVAL XAVIER DA SILVA

Mãe: MARLENE MARIA DE LIMA E SILVA

Naturalidade: APODI

Caráter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA SILVA

Procedimento Solicitado: 0408050497-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIM - S825 - FRAT DO MALEOLO MEDIAL

Diagnóstico Definitivo:

Acomodação: 202.3.

Médico: 5410 - GUSTAVO MONTENEGRO SOARES

Carteira:

Validade: 30/12/1899

Autorização:

Senha:

Guia:

HOSPITAL WILSON ROSADO
Convênio
1 Com 03 Refeições
1 Sem Refeições
- Acompanhante-

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

<48 Horas

>48 Horas

Obito

Transferido:

História Clínica

Diagnóstico Provável

Francisca Luzimeire de Lima Silva

RESPONSÁVEL

Dr. Raponha Marcelo Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

GUSTAVO MONTENEGRO SOARES

31/03/2020

Ortopedia

11h15

Paciente vítima de acidente de moto com fratura de osso distal em tornozelo direito.

Exame neurovascular normal

Radiografia de tornozelo com lesão bimedial (fratura bimedial) com desvio de malha medial, necessitando de tratamento cirúrgico

CD. Tala + cravatos para encaminhamento para programar de tratamento cirúrgico + atestado de 15 dias

DR. LAÍS R. C. NASCIMENTO
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 4883

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO BRAGA

ESTÁ CONFERIDO E ORIGINAL

SANEAMENTO

Dr. Kennedy F. Lacerda

GERENTE ADMINISTRATIVO

MMZ - 150343-0



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Renato Wilson Lima Silva
Idade: 42 Data: 20/03/2016
Convênio: SUS

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: part. cirurgia para tornozelo esquerdo do paciente
2. Cirurgia Secundária: —
3. Cirurgião: Dr. Rafael CRM: —
1º Auxiliar: Dr. Rafael CRM: —
2º Auxiliar: — CRM: —
Enfermeiro(a): — COREN: —
4. Anestesiologista: Dr. Rafael CRM: —
5. Instrumentador: — COREN: —

6. Tecido removidos: ☒ Não ☐ Sim Especificar: —
7. Anátomo Patológico: ☒ Não ☐ Sim
Laudo: ☐ Maligno ☐ Benigno Dr.: —
8. Classificação da Cirurgia: ☒ Limpa ☐ Potencialmente contaminada
☐ Contaminada ☐ Infectada
9. Contaminação Intra-operatória: ☒ Não ☐ Sim
10. Programação: ☒ Efetiva ☐ Urgência ☐ Emergência
11. Trauma: ☐ Não ☒ Sim Data: — Hora: —
12. Infecção atual em outro Sistema: ☒ Não ☐ Sim Tipo: —
13. Drenos: ☒ Não ☐ Sim Tipo: —
14. Prótese (s): ☒ Não ☐ Sim Tipo: —
15. Descrição do procedimento cirúrgico no verso

Dr. Rafael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6533

Assinatura Cirurgião: — CRM: —
Data: 20/03/16
Para anestesia local, informar:
Hora do início do procedimento: — Hora do término do procedimento: —



CAM Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

CLÍNICA DE ANESTESIOLOGIA
DE MOSSORÓ LTDA.

FICHA DE ANESTESIA

HWR eletivos

NOME *Franisco Luzinair de Lima Silva* DATA *20/03/2020*

SERVIÇO *SUS* ANESTESISTA *Paulo Ricardo* CIRURGIÃO *Rafael*

IDADE *42* SEXO *F* COR PR. ART. *120x80* PULSO *70* TEMP. ESTADO FÍSICO *1 2 3 4 5* PRÉ-ANESTÉSICO *Nas*

DIAGNÓSTICO *Fistula bimalleolar à direita; Tórax; Nega degnos.*

exames (OK); Molonprotic 2;

OPERAÇÃO REALIZADA *Tratamento cirúrgico de fistula bimalleolar*

INÍCIO *15:00* TERMINO *17:00* DURAÇÃO *1410 min* ROTINA ☒ EMERGÊNCIA ☐ EXTRA ☐

SpO₂ *98 98 98 98*

ETCO₂

HORA *15:00 16:00 17:00*

A *morfina 30 mg + 10 mg*
G *propofol 100 mg*
E
N *propofol 50 mg*
T *propofol 50 mg*
E *do 30 min*
S

CÓDIGO

ANESTESIA X 220

OPERAÇÃO 200

INTUBAÇÃO X 180

ENDOTRAQUEAL 160

PRES. SISTOL. V 140

PRES. DISTOL. A 120

PULSO. 100

RESP. ASSIST. RA 80

RESP. EXPONT. RE 60

RESP. CONTR. RC 40

POSICÃO

TECNICA ANEST. GERAL: () INALATÓRIA: () ENDOVENOSA: () BALANCEADA: () SEDAÇÃO: ☒

ANEST. REGIONAL: ☒ RAQUIDIANA: ☒ PERIDURAL: () OUTROS: ()

AGENTES EMPREGADOS *propofol, morfina, 15/14, 200 mg + 270; CCR cloro; Sufeto: propofol 15 mg + morfina 10 mg; sem interconexão*

ACORDADO SIM ☒ NÃO ☐ SALA DE RECUPERAÇÃO SIM ☒ NÃO ☐ CONDIÇÕES B ☒ R ☐ M ☐ P ☐ ÓBITO

Dr. Paulo Ricardo da Silva
20/03/2020
7127



HOSPITAL
WILSON ROSADO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: F^{ca} Luzimere de Lima Silva Idade: 42
Reg. Geral: 454365 Convênio: SUS Unidade/Leito: 202 03
Clínica: Cirúrgica Data: 20 / 03 / 2020

Evolução Médica

13:25 Paciente refere cefaleia. Nega outros

Prescrição Médica

13:25
O. Dipirona 2g + 100ml de SPO, P.V. 2x ao dia

Dr. Paulo Ricardo O. da Silva
Médico
CRM/RN 7127

Aprazamento

Medicação administrada por:

M

T

N

Descrição dos procedimentos cirúrgicos

- ① Lesões em 2^o e 3^o graus.
- ② Lesões com fratura + lesão ligamentar.
- ③ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ④ Lesão com fratura.
- ⑤ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ⑥ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ⑦ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ⑧ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ⑨ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ⑩ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ⑪ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ⑫ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ⑬ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ⑭ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ⑮ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ⑯ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ⑰ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ⑱ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ⑲ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ⑳ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㉑ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㉒ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㉓ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㉔ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㉕ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㉖ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㉗ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㉘ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㉙ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㉚ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㉛ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㉜ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㉝ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㉞ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㉟ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㊱ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㊲ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㊳ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㊴ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㊵ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㊶ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㊷ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㊸ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㊹ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㊺ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㊻ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㊼ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㊽ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㊾ Lesão com fratura + lesão ligamentar.
- ㊿ Lesão com fratura + lesão ligamentar.

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.8320



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
 PEDRO VELHO, 250 - SANTO ANTONIO
 59611-010, MOSSORO/RN
 CNPJ: 35.650.324/0001-50
 TELEFONE: (84) 3318-9000

Pág.: 1/1

WILSON ROSADO

202-3

PACIENTE: 1226578-FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA SILVA

IDADE: 42 A, 4 M, 27

SUS

ENFERMARIA: 202-AP 202

LEITO: 202-03

ADMISSÃO: 20/03/2020

PRESCRIÇÃO MÉDICA

20/03/2020 - 17:09:56

DIETA LIVRE *sem restrição alimentar.*

SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML	1,00FR	IV	08/08H		<i>22 06 14</i>
CEFALOTINA 1 G	1,00FA	IV	06/06H	+ ABD	<i>22 04 10</i>
CLEXANE 40MG / 0,4 ML	1,00SER	SC	1X DIA		<i>22 04 10</i>
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	06/06H	+ ABD	<i>22 04 10</i>
TRAMAL 50MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	08/08H	+ SF 0,9% 100ML	<i>22 06 14</i>
TENOXICAN 20MG PO LIÓFILO P/SOLUÇÃO INJETÁVEL	1,00FRAMP IV		12/12H	+ ABD	<i>06</i>
NAUSEDRON 8 MG / 4 ML	1,00AMP	IV	08/08H	+ ABD	<i>SN</i>
OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00FA	IV	1X DIA		

SSUS + SCGG.

Dr. Raphael Machado Gonçalves
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/RN 6320

1) Síncope 58 l. o. c. w. 1x/10h
22

21/03/2020

ALTA ORTOP

Dr. Paulo Roberto da Fonseca Pinheiro
 Ortopedia e Traumatologia
 TEOT 14391
 CRM/RN 5924

Dr. Gildecio Luiz
 MÉDICO
 CRM/RN 10.244

6320 - RAPHAEL MACHADO GONCALVES

Evolução Médica

Prescrição Médica

Aprazamento

Medicação administrada por:

M

T

N



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente:

Fernanda L. de Lima Silva Idade: 42 Registro: 454505

Setor:

C.C

Médico: Dr. Gustavo

Enferm./Leito: 202 - D3

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
20/03/20	8:30	Paciente admitida nesta unidade de hospital proveniente de sua residência acompanhado de maquiagem e seus familiares, em condição de boas condições e orientado verbalmente suas necessidades respirando O ₂ ambiente, com ACP em bom funcionamento segue em jejum para realizar procedimento cirúrgico com Dr. Gustavo, nega HAS, DM, A, e segue com cuidados da equipe de enfermagem.	Chella Maria da Silva COREN-RN 170802-TE
20/03	15:50	Paciente transferida para S.O. Em tempo, Pcti se queixa de cefaleia. Administrado 02 amp de dipirona + 100 ml de SF09, EV. Conforme solicitação do anestesiologista Dr. Paulo Ricardo. Segue em observação.	Chella Maria da Silva COREN-RN 170802-TE
20/03	15:55	Reab. pcti no S.O. Unib do Cro	
20/03	16:00	Início do bloqueio anestésico Rápido + Sedação com Dr. Paulo Ricardo.	Giziane Maria da S. Lima COREN-RN 247.168-TEC
20/03	16:10	Início do procedimento cirúrgico com Dr. Rafael e estenotomizadora, Gil	Giziane Maria da S. Lima COREN-RN 247.168-TEC
20/03	17:00	Termino do procedimento cirúrgico sem intercorrências, pcti transferido de S.O. p/o Cro em cama, com ACP orientado em O ₂ ambiente, com ACP em F.O e segue com cuidados da equipe de enfermagem.	Giziane Maria da S. Lima COREN-RN 247.168-TEC



HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Tel.: (84) 3518-9000

HOSPITAL
WILSON ROSADO

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

1226578 - FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA SILVA

Data da internação: 20/03/2020 - 07:47:00 Sexo: F Idade: 42 A,4 M,27 D

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 202-03

20/03/2020

	PROFISSIONAL	ASSINATURA
20:00	KALINI MARIA DA COSTA SILVA	Kalini Maria da Costa Silva Téc. Enfermagem COREN-RN 119201
22:00	KALINI MARIA DA COSTA SILVA	Kalini Maria da Costa Silva Téc. Enfermagem COREN-RN 119201

21/03/2020

4:00	KALINI MARIA DA COSTA SILVA	Kalini Maria da Costa Silva Téc. Enfermagem COREN-RN 119201
6:00	KALINI MARIA DA COSTA SILVA	Kalini Maria da Costa Silva Téc. Enfermagem COREN-RN 119201

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

1226578 - FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA SILVA

Data da Internação: 20/03/2020 - 07:47:00 Sexo: F Idade: 42 A, 4 M, 27 D
Convênio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 202-03

21/03/2020

Hora PA Temp FC FR Glicemia

08:00:00 PACIENTE INTERNADA NESTE SETOR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO FEMININO, 42 ANOS, PÓS OPERATÓRIO DE TRATAMENTO DE BIMALEOLAR DE TORNOZELO. ACEITANDO DIETA POR VIA ORAL. EVOLUINDO CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM AR AMBIENTE. AOS SSVV: NORMOTENSA, NORMOCARDICA, NORMOCORADA, ACIANOTICA, ANICTERICA, AFEBRIL, EUPNEICA. COM AVP, VIABILIZANDO HV+TM. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS: DIURSESE PRESENTE E E AGUARDA EVACUAÇÃO. CURATIVO LIMPO E SECO. SEM QUEIXAS. SEGUJE AOS CUIDADOS DA EQUIPE PLANTONISTA.

THATIANE
MICHELLE
FREITAS DE

Assinatura

Thaiane Michelle F. de Souza
Enfermeira
CONEN-RN 243343



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel.: (84) 3318-9000

HOSPITAL
WILSON ROSADO

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1226578 - FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA SILVA

Data da internação: 20/03/2020 - 07:47:00 Sexo: F Idade: 42 A, 4 M, 27 D

Convenio: SUS

Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 202-03

21/03/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

08:00:00

RECEBEMOS PACIENTE EVOLUINDO CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA SUAS NECESSIDADES, PÓS ORTOPÉDICA DE PÉ DE MID, COM CURATIVO LIMPO E SECO, ACEITA REFEIÇÕES, DORMIU BEM, AO EXAME: NORMOTENSA, NORMOCARDICA, AFEBRIL, NORMOCORADA, EUPNEICA, EM AR AMBIENTE, EVACUAÇÃO AUSENTE, DIURESE PRESENTE, COM AVP EM MSE VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO VENOSA + TERAPIA MEDICAMENTOSA DE HORARIO, PACIENTE SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. - PA: 100X80 TAX: 35,70% F.C.: 82 F.R.: 20 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O₂: 98 FiO₂: 21 Ventilação: AA Decúbito:

MARCIA ROGICLEIDE
BARRETO PEREIRA

MARCIA ROGICLEIDE
BARRETO PEREIRA
CPF: 031.291.101

10:00:00

ADMINISTRADO DE HORARIO, CEFALOTINA 1G - 1 FA + ABD - IV, + DIPIRONA - 1 AMP + ABD - IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O₂: 0 FiO₂: 0 Ventilação: Decúbito:

MARCIA ROGICLEIDE
BARRETO PEREIRA

MARCIA ROGICLEIDE
BARRETO PEREIRA
CPF: 031.291.101



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010

CNPJ: 35.650.324/0001-50

TEL: (84) 3318-9000

HOSPITAL
WILSON ROSADO

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1226578 - FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA SILVA

Data da internação: 20/03/2020 - 07:47:00

Sexo: F

Idade: 42 A, 4 M, 27 D

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 202-03

21/03/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

14:00:00	RECEBEMOS PACIENTE POS CIRURGIA DE FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIREITO PROCEDENTE DO CENTRO CIRURGICO EM MACA COM MAQUEIRO E FAMILIARES, CONSCIENTE, ORIENTADA, CORADA, HIDRATADA, EM O2 AMBIENTE, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, F.O LIMPA E SECA EXTERNAMENTE, COM AVP MANTENDO HV E TERAPIA MEDICAMENTOSA, ACEITA DIETA VIA ORAL, DIURESE ESPONTANEA AUSENTE, EUPINEICO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.	BARBARA LIGIA MIGUEL DA COSTA	Barbara Ligia Miguel da Costa Téc. Enfermagem COREN - RN 1371360
15:00:00	ADMINISTRADO OITRASCO DE SFO, 9% 500ML IV, TRAMAL 2ML+100ML DE SFO, 9% IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. - PA: 120x80 TAX: 36,20% F.C.: 74 F.R.: 21 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 98 FI O2: 0 Ventilação: Decúbito:	BARBARA LIGIA MIGUEL DA COSTA	Barbara Ligia Miguel da Costa Téc. Enfermagem COREN - RN 1371360
18:00:00	ADMINISTRADO TENOXICAN 20MG +ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 FI O2: 0 Ventilação: Decúbito:	BARBARA LIGIA MIGUEL DA COSTA	Barbara Ligia Miguel da Costa Téc. Enfermagem COREN - RN 1371360
18:15:00	APÓS AVALIAÇÃO MEDICA PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR, RETIRADO AVP, SEGUE DE CADEIRA DE RODAS ACOMPANHADO POR MAQUEIRO E FAMILIAR. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 FI O2: 0 Ventilação: Decúbito:	BARBARA LIGIA MIGUEL DA COSTA	Barbara Ligia Miguel da Costa Téc. Enfermagem COREN - RN 1371360



PLANOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Clínica: _____ Enf.: _____ Leito: _____

Cuidados Especiais: _____

Visto Enfermeiro

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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: 0600 021 91 35

Eu, Fernanda Maria de Lima Silva

RG nº 002 339 447, data de expedição 06 / 03 / 96

Órgão DEP, CPF nº 053 344 554-40

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Barrinha</u>
Número	<u>343</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Monóvia</u>
Estado	<u>PA</u>
CEP	<u>59 600-003</u>
Tel. de contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>Não possui</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Monóvia - PA 38/02/20

x Fernanda Maria de Lima Silva

Assinatura do Declarante

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 80 | 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 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 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.013/98.

Pelo exposto, eu Fernanda Maria de Lima Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 053.344.554 / 40 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisca Luzimeire de L. Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 030785644 / 52

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisca Luzimeire de L. Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 030785644 / 52, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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>R. Barrinha</u>	Número: <u>33</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Zona Rural</u>	Cidade: <u>Itororó</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>Não possui</u>	CEP: <u>59600-001</u>	Tel. (DDD): <u>(84) 99827-0066</u>

Local e Data: Itororó - PE 38/02/20

Fernanda Maria de Lima Silva
Assinatura do Declarante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 030785644-52 4 - Nome completo da vítima: Francisca Luzimeire 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: Francisca Luzimeire de Lima Silva 6 - CPF: 030785644-52
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Po Barinha 9 - Número: 33 10 - Complemento: Casa A
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Morrão 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 39600-003
15 - E-mail: Não possui 16 - Tel (DDD): 041 99827-0066

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 3064 CONTA: 33938 4 AGÊNCIA: CONTA:

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 do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu 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 irmão(s)? ☐ 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 - 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, Morrão - RJ 381021-20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Francisca Luzimeire de Lima Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016240/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/02/2020 11:04 Data/Hora Fim: 13/02/2020 11:24
Origem: Data: 13/02/2020
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 31/01/2020 09:30

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Bairro: Bom Jardim
Logradouro: Rotatória da Avenida Rio Branco

Ponto de Referência: Centro Comercial Vuco Vuco
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Naso: 24/10/1977 Idade: 42 anos
Naturalidade: RN - Apodi Profissão: Empregada Doméstica
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Marilene Maria de Lima e Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 030.785.644-52

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: Sítio Barrinha Nº: s/n
Complemento: próx. ao Colégio
Bairro: Zona Rural
Telefone: (84) 99204-5124 (Celular)

Nome Civil: MOTOCICLISTA DESCONHECIDO, NÃO SABE A PLACA, MOTO DE COR PRETA HONDA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade:

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 030.785.644-52	Placa MXT4236
Renavam 00933638728	Número do Motor E382E-141180
Número do Chassi 9C6KE092080141947	Ano/Modelo Fabricação 2008/2007



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016240/2020

Cor VERMELHA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo YAMAHA/YBR 125K
Modelo YAMAHA/YBR 125K	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 12/01/2016	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisca Luzimair de Lima Silva	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante declarou que conduzia a sua moto e, ao passar por uma rotatória na via, o autor do fato colidiu a sua motocicleta contra a lateral do seu veículo; Que sofreu queda na via da sua moto; Que o autor do fato se evadiu do local; Que o BO é para fins de DPVAT; Que não desejou representação criminal; Que foi encaminhada pelo SAMU ao HRTM; Nada mais disse.

ASSINATURAS

Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Agente de Polícia
Matrícula 1090205
Responsável pelo Atendimento

Francisca Luzimair de Lima Silva
(Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) autor(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme prevista nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 030785644-52 4 - Nome completo da vítima: Francisca Luzimeire 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: Francisca Luzimeire de Lima Silva 6 - CPF: 030785644-52
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: R. Barinhã 9 - Número: 33 10 - Complemento: Casa A
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59600-003
15 - E-mail: Não possui 16 - Tel. (DDD): (84) 99127-0066

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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 3064 CONTA: 33938 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: (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 quem 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 do Segurado, 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Grau de Parentesco 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 descendentes? ☐ 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 - 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo) 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo) 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

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

40 - Local e Data: Mossoró - RN 30/02/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Francisca Luzimeire de Lima Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200164354

Vítima: FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 31/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA MARIA DE LIMA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCA LUZIMEIRE 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 0000033938-4

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



Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200164354

Vítima: FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 31/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA MARIA DE LIMA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCA LUZIMEIRE 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

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: 12/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000033938-4

Nr. da Autenticação 7ADFD571329E4D1

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0128071/20

Vítima: FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA SILVA

CPF: 030.785.644-52

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 31/01/2020

Titular do CPF: FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FERNANDA MARIA DE LIMA SILVA : 053.344.154-40

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

FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA SILVA : 030.785.644-52

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: 04/05/2020
Nome: FERNANDA MARIA DE LIMA SILVA
CPF: 053.344.154-40

FERNANDA MARIA DE LIMA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

NEWLINE

DETRAN - RN Nº 014528992643
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

WA	Q00 REMANUA	INTAS	EXERCICIO
1	30833038728	*****	2013

NOME	
"FRANCISCA LUSIMEIRE DE FERNIA SILVA"	

30.785.544-52

PLACANT /UF
XT#235 /AN
925K5332000141547
CRASSI

ESPÉCIE tipo COMBUSTÍVEL
PASSAGEIRO/MOTOCICLETAS/NAO AUTOMÓVEL GASOLINA

MARCA/ MODELO: YAMAHA/YBR 125X

1037/124 CILINDRADAS. CATEGORIA -- COF. PREDOMINANTE PARTICULAR VERMELHA

1	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
	R\$ 6,05	14/08/2013	13 - SETEMB

— FAIXA L.P.V.A. —	— PARCELAMENTO / COTAS —	2º	ISENTO
009509 0X	35 444444		ISENTO

PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (%)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
100,00	10,00	110,00	10/10/2020
200,00	20,00	220,00	10/10/2020
300,00	30,00	330,00	10/10/2020
400,00	40,00	440,00	10/10/2020
500,00	50,00	550,00	10/10/2020
600,00	60,00	660,00	10/10/2020
700,00	70,00	770,00	10/10/2020
800,00	80,00	880,00	10/10/2020
900,00	90,00	990,00	10/10/2020
1000,00	100,00	1100,00	10/10/2020

[illegible]

DATA: 28/06/2019

Cartes de la région de Sfax
 Carte de la région de Sfax
 Carte de la région de Sfax

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200164354 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA **Data do acidente:** 31/01/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisca Luzimeire de Lima Silva, brasileiro(a),
estado civil: Solteira, Profissão: Autônoma, Data do Acidente _____,
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 003762555, órgão expedidor
Step e do CPF: 030785644-52, residente no(a) _____ nº 13,
Po. Barrinha,
bairro: Zona Rural, município: Alto do Rio / SP.

OUTORGADO:

Nome: Fernanda Maria de Lima Silva brasileiro(a)
estado civil: Solteira Profissão: Autônoma portador(a) do RG
002339497 órgão expedidor SP e do CPF: 053344354-40, residente
no(a) Rio Barrinha nº 143
bairro: Zona Rural município: Assoró / PA

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Local e Data

*Francisco Luiz Pereira de Lima Silva
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

(Reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Vieira

R. Vicente Sabóia, 167 - Centro, Mossoró - RN, 59000-120 FONE: (84) 3017-4000
 TAMB: Edmar Vieira de Almeida

-Reconhecimento de Firma 2020=002994

FRANCISCA LUSINEIRE DE LIMA SILVA*****

Recebido na Agência DOU 16

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 12/13/2011 BY 60322 UCBAW

ERIKER DE MOUNA (KIRI) - TANELIN TANGATANGA

SELO DIGITAL BN202000049M00035525

Page Editor:

Encl. 10-1-83 10:00 AM

123 00 0.00 Florida 000



100-443887-100

(Signature)
