



Número: **0809873-69.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **14/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA SILVA (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58528 891	10/08/2020 21:54	<a href="#">2741633_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Documento de Comprovação

## 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:**

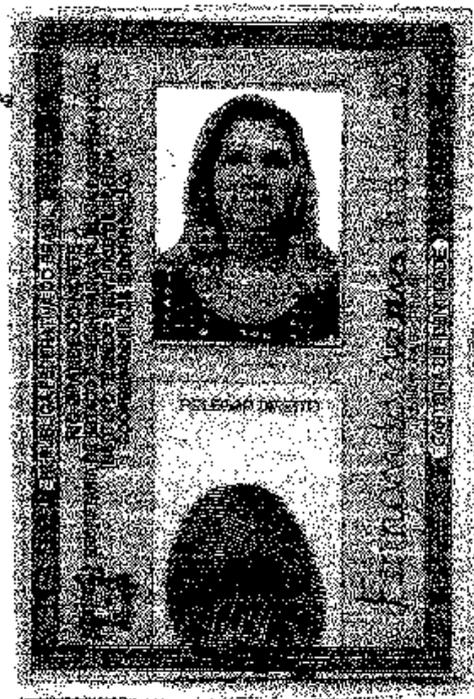
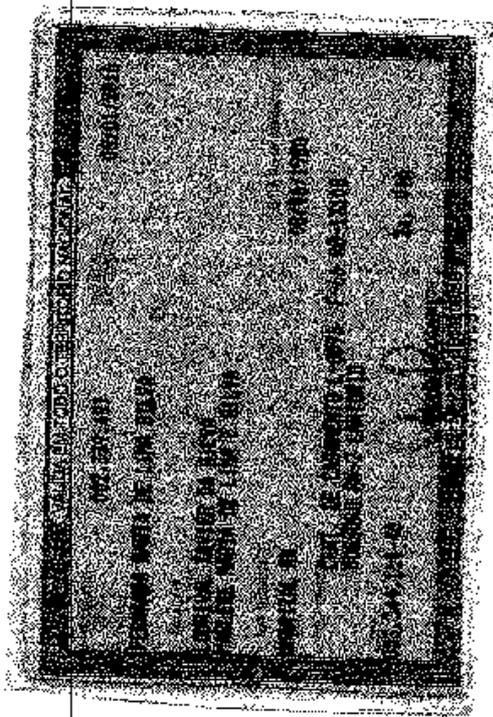
**Observações:**

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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE POLICIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO



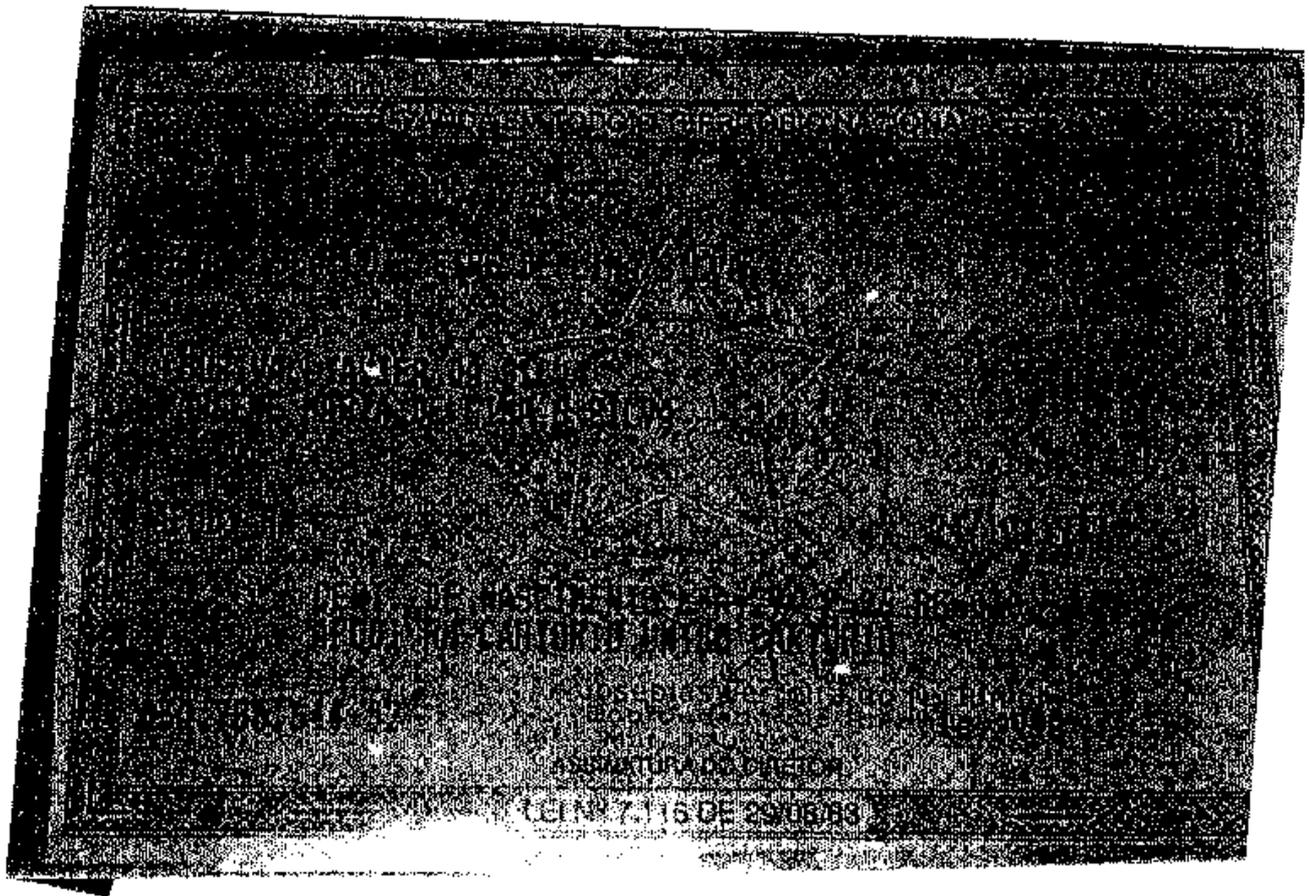
POLEGAR DIREITO



*Francisco Luiz Almeida de Barros*

CARTEIRA DE IDENTIDADE









CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO

PEIRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010  
CNPJ: 05.650.324/0001-50

N

M. +

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

Nº AIH
CRISTINA

**BOLETIM DE ADMISSÃO**

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

Enfermaria: ER01 - CENTRO CIRURGICO 1

Bairro: ZONA RURAL

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

Profissão: DOMESTICA

Especialidade: ORTOPEDIA CIRURGICA

Cidade: Cód.: 2408003 - MOSSORO/RN

Mãe: MARLENE MARIA DE LIMA E SILVA

Pai: TOURIVAL XAVIER DA SILVA

Caráter de Atendimento: ELETIVO

Naturalidade: APODI

Responsável: FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA SILVA

Procedimento Solicitado: 0408050497-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIM - 5825 - FRAT DO MALEOLO MEDIAL

Acomodação: 202.3.

Diagnostico Definitivo:

Médico: 5410 - GUSTAVO MONTENEGRO SOARES

Carteira:

Validade: 30/12/1899

Autorização:

Senha:

Guia:

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

**Resultado**

 Curado  
 Melhorado  
 Inalterado  
 Piorado

 Removido  
 Pedido  
 Evasão  
 Indisciplina

 <48 Horas  
 >48 Horas  
 Óbito

Transferido:

**Historia Clínica**

11/12 21103

Diagnóstico Provável

Francisca Luzimeire de Lima Silva

RESPONSÁVEL

Dr. Rapi...  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 6320

GUSTAVO MONTENEGRO SOARES



31/03/2020

Ortopedia 11h15

Paciente vítima de acidente de moto com trauma edema lateral em tornozelo direito.

Exame neurovascular normal

Radiografia de tornozelo com lesão bimedial (fratura bimedial) com dano de medula tibial, necessitando de tratamento cirúrgico

C.D. Tala + orientações para encaminhamento para programas de tratamento cirúrgico + alestado de 15 dias

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM 4983  
Dr. LUIS R. N. Nascimento

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAMA  
ESTA CONFERE O ORIGINAL  
SANEAMENTO  
Dr. Livia Karina Freitas da Silva  
Médica Assistente  
CRM - 1503473-0

21478 08/08/2020 21:54:24  
LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA  
Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 10/08/2020 21:54:24





HOSPITAL  
WILSON ROSADO

Paciente: Ronaldo Wilson da Silva  
 Idade: 42 Data: 20/03/2020  
 Convênio: SUS

### Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: Teste de função do tendão do joelho direito

2. Cirurgia Secundária: —

3. Cirurgião: Dr. Rafael CRM: \_\_\_\_\_  
 1º Auxiliar: Dr. Paulo Cesar CRM: \_\_\_\_\_  
 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
 Enfermeiro(a): \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

4. Anestesiista: Dr. Paulo Cesar CRM: \_\_\_\_\_

5. Instrumentador: Deividson 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 126.632

Assinatura Cirurgião: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
 Data: 20/03/20  
 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 Luzimair de Lima Silva DATA 20/03/2020

SERVIÇO SUS ANESTESISTA Paulo Ricardo CIRURGIÃO Rafael

IDADE 44 SEXO F COR  PR. ART. 120/80 PULSO 70 TEMP.  ESTADO FÍSICO 1 2 3 4 5 PRÉ-ANESTÉSICO Nas

DIAGNÓSTICO Fratura bimalelar à direita; Torçao; Nega degnos;

Xrns; exames (OK); Medicação 2;

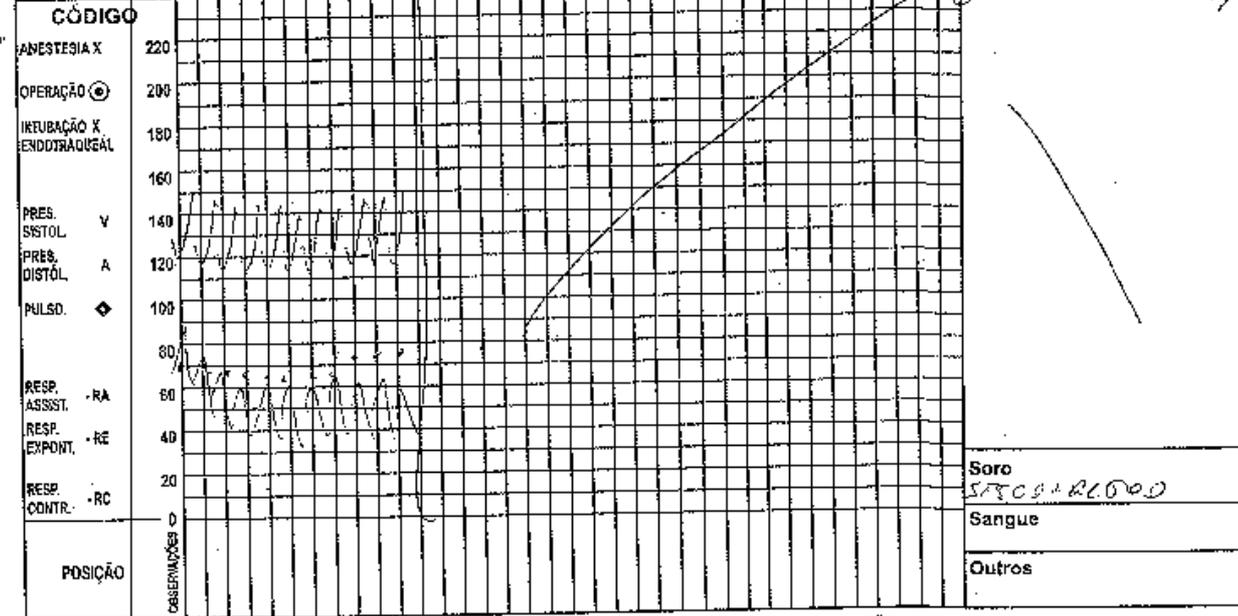
OPERAÇÃO REALIZADA Tratamento cirurgico de fratura bimalelar

INÍCIO 15:00 TERMINO 17:00 DURAÇÃO 140min ROTINA  EMERGÊNCIA  EXTRA

SpO<sub>2</sub> 98 98 97 98

ETCO<sub>2</sub>

HORA	15:00	16:00	17:00	OBSERVAÇÕES
A	<u>Paralim 30mg + Roque</u>			<u>1) Lidocaina 4g</u> <u>2) Omexazol 40mg</u> <u>3) Fraame Toros 10mg</u> <u>4) Oxalometron 8mg</u>
G	<u>Sup. ventilação</u>			
N	<u>Paralim 5</u>			
T	<u>Torcedor 30mg</u>			
S	<u>Da 300mg</u>			



TÉCNICA ANEST. GERAL: ( ) INALATÓRIA: ( ) ENDOVENOSA: ( ) BALANCEADA: ( ) SEDAÇÃO:   
ANEST. REGIONAL:  RAQUIDIANA:  PERIDURAL: ( ) OUTROS: ( )

AGENTES EMPREGADOS Roque; Torcedor, morfina, L5/L4, Omexol 270, CCR cloro; Torcedor; Parol, parol 15 mg + morfina 10mg; sem intercorrimentos

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

Dr. Paulo Ricardo L. da Silva  
R. 148166-27  
CRM/RN 7127





HOSPITAL  
WILSON ROSADO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Fca. Juaimire 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. Não alusiva

Prescrição Médica

Aprazamento

13:25  
 ① Dipirona 2g + 100ml de SPO.P.Y. R.V. agora <sup>13:30</sup> / <sub>CRD</sub>

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

Medicação administrada por:

M

T

N



Descrição dos procedimentos cirúrgicos

- 1) Lesão em 5º e 6º dedos.
- 2) Lesão em 1º e 2º dedos com fratura.
- 3) Lesão em 3º e 4º dedos com fratura.
- 4) Lesão em 5º e 6º dedos com fratura.
- 5) Lesão em 1º e 2º dedos com fratura.
- 6) Lesão em 3º e 4º dedos com fratura.
- 7) Lesão em 5º e 6º dedos com fratura.
- 8) Lesão em 1º e 2º dedos com fratura.
- 9) Lesão em 3º e 4º dedos com fratura.
- 10) Lesão em 5º e 6º dedos com fratura.

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





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

202-3

PACIENTE: I226578-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 muito condimento.*

SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML	1,00FR	IV	08/08H		<i>02/06/14</i>
CEFALOTINA 1 G	1,00FA	IV	06/06H	+ ABD	<i>02/04/10</i>
CLEXANE 40MG / 0,4 ML	1,00SER	SC	1X DIA		<i>02/04/10</i>
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	06/06H	+ ABD	<i>02/04/10</i>
TRAMAL 50MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	08/08H	+ 5F 0,9% 100ML	<i>02/06/14</i>
TENOXICAN 20MG BO LÍDIO 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		

*SSOIS + SCGG.*

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

*① Antibiótico 58 u. o/c, w, 1x/6h  
 22*

*21/03/2020*

*ALTA ORTOP*

Dr. Paulo Roberto de Farias Pinheiro  
 Ortopedia e Traumatologia  
 TEOT 14391  
 CRM/RN 5924

Dr. Gildecio Luiz  
 MÉDICO  
 CRM/RN 10.244

*[Handwritten signature]*

6320 - RAPHAEL MACHADO GONCALVES



Evolução Médica

Prescrição Médica

Aprazamento

Medicação administrada por:

M

T

N





HOSPITAL  
WILSON ROSADO

Paciente: Francisca L. de Lima Silveira Idade: 42 Registro: 454565  
 Setor: C.C Médico: DR. Gustavo Enferm./Leito: 202-03

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
20/03/20	8:30	Paciente admitido nesta unidade de hospital proveniente de sua residência acompanhado de maquiagem e seus familiares, em condema de todas condições, e orientado quanto às necessidades, resguardando o ambiente, com AVP em bom funcionamento, segue em jejum para realizar procedimento cirúrgico com Dr. Gustavo, négoz HAS, DM, A, e segue as orientações da equipe de enfermagem.	Cheila Madalena Souza COREN-RN 190602-TE
20/03	15:50	Paciente transferido para S.O. Em tempo, peti se queixa de cefaleia. Administrado 02 amp de dipirona + 100 ml de SF09, EV. Conforme solicitação de anestesia Dr. Paulo Ricardo. Segue em observação.	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA COREN-RN 247.168-TE
20/03	15:55	Recibo peti no S.O. Vindob do CMO	
20/03	16:00	Início do bloqueio anestésico Região + S.O. com Dr. Paulo Ricardo - K	Gizeane Maria da S. Lima COREN-RN 247.168-TEC
20/03	16:10	Início do procedimento cirúrgico com Dr. Rafael e estenotomadora, Gil	Gizeane Maria da S. Lima COREN-RN 247.168-TEC
20/03	17:00	Termino do procedimento cirúrgico sem intercorrências, peti transferido do S.O. para CMO em cama, comunitária orientado em o ambiente, comunitário, no leito em F.O e segue as orientações da equipe de enfermagem.	Gizeane Maria da S. Lima COREN-RN 247.168-TEC



**HOSPITAL WILSON ROSADO**  
 PEDRO VELHO, 250  
 SANTO ANTONIO - MESSORO/RN - 59611-010  
 CNPJ: 35.650.224/0001-50  
 Tel.: (84) 3318-9000

**ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL**

**1226578 - FRANCISCA LUZIMIRE 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 CIRURGICA 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
<b>21/03/2020</b>		
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

Pa.: 110/80, Temp.: 36,2, FC.: 68, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PA.M: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 98, FI. O<sub>2</sub>: Z1, Ventilação: Decubito:  
 RECEBEMOS PACIENTE POS CIRURGIA DE FRATURA DE MALLEOLO MEDIAL DIRETO 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, EUPINETICO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, COMUNICADO A  
 ENFERMAGEM, SEGUE EM OBSERVAÇÃO

Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PA.M: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, FI. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: Decubito:  
 ADMINISTRADO 1 SF 500ML IV, 1 AMP. DE CEPALOTINA 1G+ABD IV, 1 SERINGA DE CLEXANE 40MG S.C. 1 AMP. DE DIFIPRONA 500MG+ABD IV, TRAMAL 50MG+100ML DE  
 SF IV

Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PA.M: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, FI. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: Decubito:  
 ADMINISTRADO DIPRONA 500MG+ABD IV, 01 AMP. DE CEPALOTINA 1G+ABD IV

Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PA.M: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, FI. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: Decubito:  
 ADMINISTRADO 1 ETAPA DE SF 500ML IV, 01 AMP. DE TENOXICAN 20MG+ABD IV, 1 AMP. DE TRAMAL 50MG+100ML DE SF IV



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
MOSSORO/RN

**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 CIRURGICA      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 OPERATORIO DE TRATAMENTO DE BIMALLEOLAR 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. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE PLANTONISTA.

THATIANE  
MICHELLE  
FREITAS DE

Assinatura

Thaiane Michelle F. de Souza  
Enfermeira  
COREPRO 2433943

CARDIADIAGNÓSTICO 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 MÍD. COM CURATIVO LIMPO E SECO, ACEITA REFEIÇÕES, DORMIU BEM. AO EXAME: NORMOTENSA, NORMOCÁRDICA, AFEBRIL, NORMOCORADA, EUPNEICA, EM AR AMBIENTE. EVACUAÇÃO AUSENTE, DIURSE PRESENTE, COM AVP EM MSE VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO VENOSA + TERAPIA MEDICAMENTOSA DE HORARIO, PACIENTE SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. - PA: 100X80 TAX: 35,70º F.C.: 82 F.R.: 20 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sup>2</sup> : 98 FIO <sup>2</sup> : 21 Ventilação: AA Decúbito:	MARCIA ROGICLEIDE BARRETO PEREIRA	 MARCIA ROGICLEIDE BARRETO PEREIRA Nº 4.038.000-00 - Conselho Regional de Enfermagem - RN COREN/RN - Nº 29.713
10:00:00	ADMINISTRADO DE HORARIO, CEFALOTINA 1G - 1 FA + ABD - IV, + DIPIRONA - 1 AMP + AND - IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00º F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sup>2</sup> : 0 FIO <sup>2</sup> : 0 Ventilação: Decúbito:	MARCIA ROGICLEIDE BARRETO PEREIRA	 MARCIA ROGICLEIDE BARRETO PEREIRA Nº 4.038.000-00 - Conselho Regional de Enfermagem - RN COREN/RN - Nº 29.713





HOSPITAL  
WILSON ROSADO

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

Page 1 of 1

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 Lcto: 202-03

21/03/2020

Anotação

Técnica(s)

Assinatura

14:00:00	RECEBEMOS PACIENTE POS CIRURGIA DE FRATURA DE MALLEOLO MEDIAL DIREITO PROCEDENTE DO CENTRO CIRURGICO EM MACA COM MAQUIERO 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, EUPNEICO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.	BARBARA LISIA MIGUEL DA COSTA	Barbara Lisia Miguel da Costa Téc. Enfermagem COREN - RN 1371860
15:00:00	ADMINISTRADO CEFALOTINA 1G+ABD IV, DIPIRONA 2ML+ABD IV, OMEPRAZOL 40MG +DILUENT IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. - PA: TAX: 0,009 F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 98 FI O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito:	BARBARA LISIA MIGUEL DA COSTA	Barbara Lisia Miguel da Costa Téc. Enfermagem COREN - RN 1371860
18:00:00	ADMINISTRADO TENOXICAN 20MG +ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. - PA: TAX: 0,009 F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 98 FI O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito:	BARBARA LISIA MIGUEL DA COSTA	Barbara Lisia Miguel da Costa Téc. Enfermagem COREN - RN 1371860
18:15:00	APOS AVALIAÇÃO MEDICA PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR, RETIRADO AVP, SEGUE DE CADEIRA DE RODAS ACOMPANHADO POR MAQUIERO E FAMILIAR. - PA: TAX: 0,009 F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 98 FI O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito:	BARBARA LISIA MIGUEL DA COSTA	Barbara Lisia Miguel da Costa Téc. Enfermagem COREN - RN 1371860



**NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMCOZ, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.188/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



**COSERN**

www.cosern.com.br

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

Ligações Gratuitas:  
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116  
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
-Ouvidoria 0800 084 0404  
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte  
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167  
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

<b>DADOS DO CLIENTE</b> FRANÇISCA LUZ MEIRE DE LIMA SILVA CPF: 030.785.644-52	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>27/01/2020</b> <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>0,00</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 20/01/2020 <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 20/01/2020 <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 036311124 Série: U	<b>CONTA CONTRATO</b> 007014390230 <b>Nº DO CLIENTE</b> 3011489568 <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 000585219
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> PO BARRINHA 13 A ZONA RURAL/ÁREA RURAL 59600-001 MOSSORÓ RN	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> <b>Monofásico</b>		
<b>RESERVADO AO FISCO</b> 964D.B322.49A2.CE61.D1F9.7C58.1774.5D9A			

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)-TUSD	48,00	0,26747190	12,83
Consumo Ativo (kWh)-TE	48,00	0,26349122	12,64
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,87
Contrib. Bum. Pública Municipal			2,98
Multa por atraso-NF 034842744 - 19/12/19			0,69
Juros por atraso-NF 034842744 - 19/12/19			0,06
Atualização IGPM-NF 034842744 - 19/12/19			0,10
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>29,97</b>

Tabelas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo (kWh)-TUSD	0,26468050	JAN 20	48
Consumo Ativo (kWh)-TE	0,25870100	DEZ 19	51
		NOV 19	53
		OUT 19	38
		SET 19	38
		AGO 19	39
		JUL 19	40
		JUN 19	42
		MAI 19	42
		ABR 19	38
		MAR 19	42
		FEV 19	41
		JAN 19	40

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO							
	R\$	%					
Geração de Energia	11,90	43,04					
Transmissão	1,25	4,18					
Distribuição (Cosern)	7,83	26,13					
Energias Soterrâneas	1,82	6,08					
Tributos	1,24	4,14					
Perdas de Energia	2,10	7,03					
<b>TOTAL</b>	<b>28,14</b>	<b>100</b>					

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
0,00	0,00	26,14	0,85	0,22	28,14	3,84	1,02

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FURÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		DÍAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
06800000000002378	CAT	19/12/2019	0.411,00	20/01/2020	0.459,00	32	1,00000	0,00	48,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
nov/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	MOSSORÓ	0,00	10,29	20,59	41,28
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,52	15,04	30,08
DIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	1,48	0,00	0,00
Limite DICRI: 18,00					
EUSD-Valor do Encargo do Uso = R\$ 12,22					
Todo Consumidor pode solicitar a operação dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES			NÍVEIS DE TENSÃO											
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prox. mês Isenção do ICMS conforme Art. 14, do RICMS-RN. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.			<table border="1"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL (V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO (V)</th> </tr> <tr> <td></td> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table>			TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)													
	MÍNIMO	MÁXIMO												
220	202	231												
<b>DESTAQUE AQUI</b>			<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>											

<b>CONTA CONTRATO</b> 007014390230	<b>MES/ANO</b> 01/2020	<b>TOTAL A PAGAR(R\$)</b> 0,00	<b>VENCIMENTO</b> 27/01/2020	<b>TALÃO DE PAGAMENTO</b> Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.
---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--



**NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOZ, 156, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 50025-250  
CNPJ 08.324.198/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
Ligações Gratuitas:  
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116  
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
-Ouvidoria: 0800 084 0404  
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte  
ARSEP: 0800 727 0187 -Ligação Gratuita de telefones fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167  
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

**DADOS DO CLIENTE**  
FERNANDA MARIA DE LIMA SILVA  
CPF: 053.344.154-40 NIS: 20312830402

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
PO BARRINHA 141  
ZONA RURAL/AREA RURAL  
59800-001 MOSSORO RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

**DATA DE VENCIMENTO**  
27/01/2020  
TOTAL A PAGAR (R\$)  
252,66

**DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL**  
20/01/2020  
**DATA DA APRESENTAÇÃO**  
20/01/2020  
**NÚMERO DA NOTA FISCAL**  
036353636  
Série: U

**CONTA CONTRATO**  
000851487794  
**Nº DO CLIENTE**  
3000569004  
**Nº DA INSTALAÇÃO**  
0008565143

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

**RESERVADO AO FISCO**  
98BD.E8B3.A49E.EE3C.C18A.7A6C.8FC2.FE4B

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,11617162	3,54
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,20298028	14,18
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,30367040	36,46
Consumo-TUSD superior a 220 kWh	133,00	0,33763377	44,90
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,12672672	3,80
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,22067435	15,44
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,33101158	39,72
Consumo-TE superior a 220 kWh	133,00	0,36779064	48,91
Acréscimo Bandeira AMARELA			5,78
Contrib. Ilum. Pública Municipal			17,43
ICMS-Parcela Subvencionada			14,79
Multa por atraso -NF 033345086 - 19/11/19			4,85
Juros por atraso -NF 033345086 - 19/11/19			2,32
Atualização IGP-M -NF 033345086 - 19/11/19			0,72
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>252,66</b>

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	DI Rest	Valor
27/12/19	2001/20	216,31

Esta comunicação NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão de fornecimento paralisar por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também ocorrer cobrança conforme os critérios definidos no Art. 83 RER 414/2010. Podem ocorrer após do cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo-TUSD até 30 kWh 0,09982900	JAN 20
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh 0,15316005	DEZ 19
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh 0,20727000	NOV 19
Consumo-TUSD superior a 220 kWh 0,23050000	OUT 19
Consumo-TE até 30 kWh 0,09780499	SET 19
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh 0,15987200	AGO 19
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh 0,22576300	JUL 19
Consumo-TE superior a 220 kWh 0,25087000	JUN 19
	MAR 19
	FEV 19
	JAN 19

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	72,01 33,84
Transmissão	7,68 3,61
Distribuição (Desat)	48,44 22,77
Encargos Setoriais	4,82 2,30
Tributos	87,82 41,78
Perdas de Energia	12,00 5,41
<b>TOTAL</b>	<b>212,77 100</b>

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
212,77	27,00	57,44	212,77	0,85	1,80
					212,77
					3,94
					8,38

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FATURA	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000040202724	CAT	19/12/2019	28.054,00	20/01/2020	28.497,00	32	1,0000	0,00	353,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/02/2020

**DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES**

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MULTA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
nov2019					
DIC-No.de horas sem Energia	MOSSORO RN	0,00	10,29	20,59	41,19
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,52	15,04	30,09
DMIC-Duração máxima da interrupção contínua		0,00	5,48	0,00	0,00
DMIC-Duração de interrupção em dia crítico					
Linha DDCRD: 16,50					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 67,57					

Todo Consumidor pode solicitar o agrupamento dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DMCR a qualquer tempo.

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto de você, não pague em casa: avenida Wilson Roza, aeroporto / super alternativo de alimentos; av apel coelho, 1456, aboileira. Lista completa em www.cosern.com.br.  
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 68,81.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

**NÍVEIS DE TENSÃO**

TENSÃO NOMINAL (V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

**DESTAQUE AQUI**

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000851487794	01/2020	252,66	27/01/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 002 339 497, data de expedição 06 / 03 / 96,

Órgão Itap, 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>Po Barrinha</u>
Número	<u>341</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Monóe</u>
Estado	<u>PA</u>
CEP	<u>59600-000</u>
Tel. de contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>Não tenho</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Monóe - 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](http://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 9h 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 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Fernanda Maria de Lima Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 053344354 / 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: Recusar Renda: Recusar 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>Mozoró</u>	Estado: <u>PR</u>	CEP: <u>59600-001</u>
E-mail: <u>Não Possui</u>			Tel. (DDD): <u>(41) 99827-0066</u>

Local e Data: Mozoró - PR 38/02/20

\* Fernanda Maria de Lima Silva  
Assinatura do Declarante

DLDEL001 V001/2017





# 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: 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 Barzinha 9 - Número: 33 10 - Complemento: Casa A  
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Itapetininga 13 - Estado: SP 14 - CEP: 139600-003  
15 - E-mail: Não possui 16 - Tel (DDD): (081) 99827-0066

DADOS CADASTRAIS

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\$1.00 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 (3411)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
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 6.194/74.  
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica na renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo 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 - Grande 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 espolhadora (veículo)?  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.

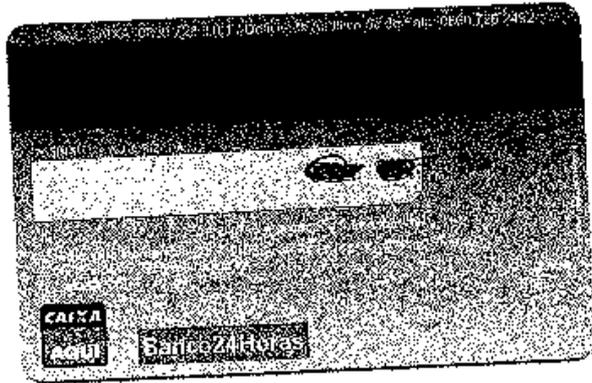
34 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data, Itapetininga - SP 31/02/20  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Francisca Luzimeire de Lima Silva  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_  
43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

FPS.001 V002/2019







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 Nasc: 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 Nº: s/n  
Logradouro: Sítio Barrinha  
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 0093363872B	Número do Motor E382E-141180
Número do Chassi 9C6KE092080141947	Ano/Modelo Fabricação 2008/2007

Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto  
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo  
Data de Impressão: 13/02/2020 11:24  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

<b>Cor</b> VERMELHA	<b>UF Veículo</b> Rio Grande do Norte
<b>Município Veículo</b> Mossoró	<b>Marca/Modelo</b> YAMAHA/YBR 125K
<b>Modelo</b> YAMAHA/YBR 125K	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Meio Empregado
<b>Última Atualização Denatran</b> 12/01/2016	<b>Situação do Veículo</b> NADA CONSTA
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
Francisca Luzimaira 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 1690285  
Responsável pelo Atendimento

Francisca Luzimaira de Lima Silva  
(Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima esboçadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 389- Denúnciação Caluniosa e 340- Comunicação Falsa de Crime ou de Condição do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil:Luiz Fernando Sávio de Eliezer Pinto  
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo  
Data de Impressão: 13/02/2020 11:24  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - 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 045/2012

5 - Nome completo: Francisca Luzimeire de Lima Silva 6 - CPF: 030785644-52  
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Po 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: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (84) 9927-0066

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 (ANEKAR 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 (204)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
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 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 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)  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 netos/netas?  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 provarão 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 ruego) \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a ruego) \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a ruego) \_\_\_\_\_

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)

FPS.001 V002/2019





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

**Rio de Janeiro, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

---

Rio de Janeiro, 06 de 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

Carta nº 15749199

Pag. 00399/00400 - carta\_01 - INVALIDEZ

00030200



# 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 7ADFDC571329E4D1



## 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
FERNANDA MARIA DE LIMA SILVA

\_\_\_\_\_  
GERCIA LOURENCO DA SILVA





## 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:** 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



