



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
58528891	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:**

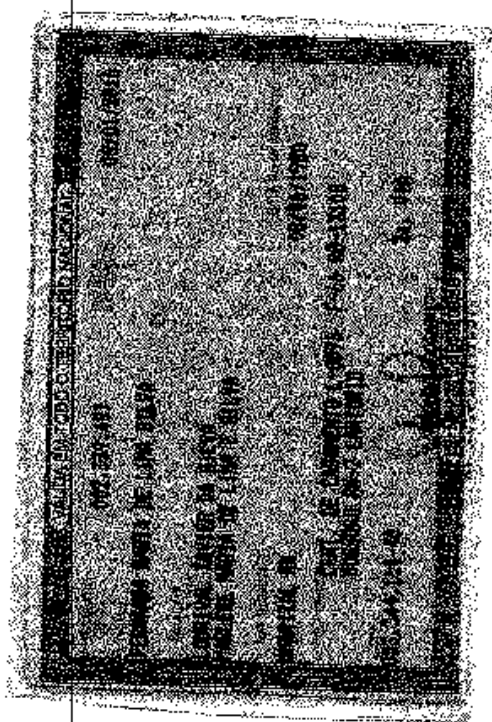
**Observações:**

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
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 TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO



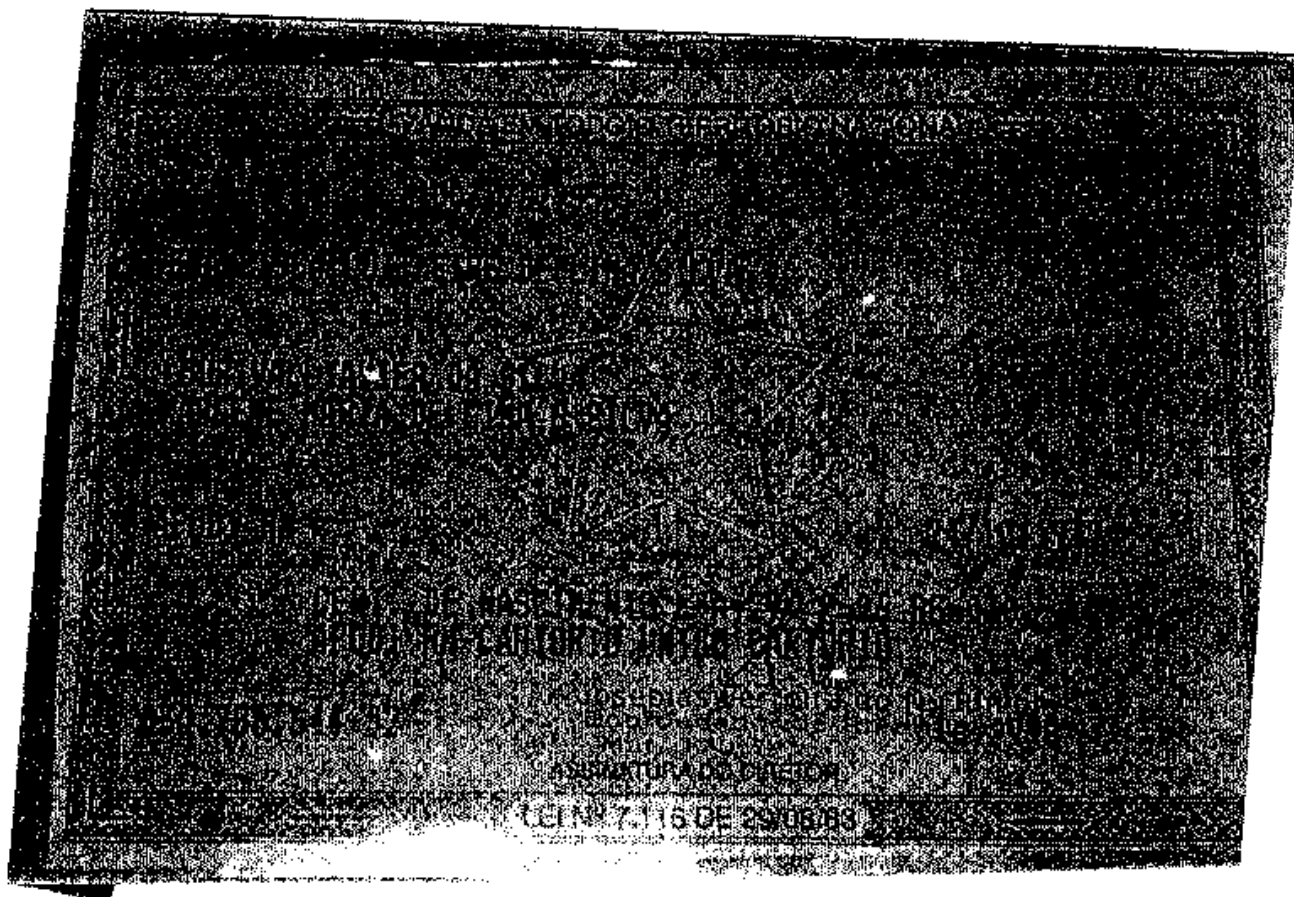
POLEGAR DIREITO



*Francisco Luizimãe de Lima*

CARTEIRA DE IDENTIDADE







SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO 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 Cidade: MOSSORO  
CEP: 59649899 Bairro: ÁREA RURAL DE MOSSORO  
Telefone: 84.92045124 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO Tipo: REGULADO  
Origem: SAMU RN Empresa:

OBS: CONDUZIDA PELO SAMU

Classificação:  
31/01/2020 10:01:40

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	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: 10:20

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

A: vas. aéreas pênias, sem cervicalgia, atendida seg. protocolo.

B: MV bilateralmente, expansibilidade simétrica.

C: est. hipoacusticamente  
D: Glasgow 15, cor. purpúrea, púrpura  
E: contusão em tornozelo direito

Diagn. Inicial: Trauma após colisão com motocicleta Assin:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORÁRIO ASSINT.

CD: RX no direito e analgesia

① Paracetamol oral

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

③ Tetraciclina 40mg + 8ABD, IV, qscda

④ Alta da cirurgia geral

\*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.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAMU MOSSORO 31/01/2020

Assinatura: [Assinatura]  
SANE / ARQUIVO  
MVL. 150 343 0







31/03/2020

Ortopedia

11h15

Paciente vítima de acidente de moto com trauma edema bilateral em tornozelos direitos.

Exame neurovascular normal

Radiografia de tornozelo com lesão bimalleolar (fratura bimalleolar) com dano de malleol medial, necessitando de tratamento cirúrgico

C.D. Tala + cravatos para encaminhamento para procedimentos de tratamento cirúrgico + atestado de 15 dias

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CPM 4883  
Dr. Luis R. Nascimento

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAMA  
ESTA CÓPIA É ORIGINAL  
SANEAMENTO  
Dr. Karina Freitas da Silva  
FARMACIA  
MMZ - 1503473-0

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 10/08/2020 21:54:24  
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081021542453900000056194093  
Número do documento: 20081021542453900000056194093







HOSPITAL  
WILSON ROSADO

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

## Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: Teste cirúrgico de tromboangioplastia  
2. Cirurgia Secundária: —  
3. Cirurgião: Dr. Rafael CRM: —  
1º Auxiliar: Dr. Rafael CRM: —  
2º Auxiliar: — CRM: —  
Enfermeiro(a): — COREN: —  
4. Anestesiista: 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 6323

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.**

CLINICAL INVESTIGATION  
DE MOUSSENIUM LTD.

## FICHA DE ANESTESIA

HWR detivos

HOKK elctivo							DATA	
NOME <u>François Leginaire de Line Silva</u>							20/03/2020	
SERVIÇO		ANESTESISTA		CIRURGIÃO				
SUS		Paulo Ricardo		Rafael				
IDADE	SEXO	COR	PR. ART.	PULSO	TEMP.	ESTADO FÍSICO	PRÉ-ANESTÉSICO	
40	F		20x80	70		1 2 3 4 5	Nas	
DIAGNÓSTICO <u>Fratura bimalleolar à direita; Edema; Nega de lesões;</u>								
<u>Exames (RX): Mediomaxilar;</u>								
OPERAÇÃO REALIZADA <u>Tratamento cirúrgico de fratura bimalleolar</u>								
INÍCIO		TERMINO		DURAÇÃO		ROTINA		EXTRA
15:00		12:00		1H10min		X		

SpO <sub>2</sub>		98 97 97 98			
ETCO <sub>2</sub>					
HORA	1500	1600	1700		
A	<i>Anestesia</i>	<i>Sedação</i>	<i>Ague</i>		
G	<i>Suplementar O<sub>2</sub></i>				
E	<i>Morfolina S</i>				
N	<i>Fentanil 5mg</i>				
T	<i>Do 30 min</i>				
S					
CÓDIGO					
ANESTESIA X	220				
OPERAÇÃO ●	200				
INTUBAÇÃO X ENDOTRAQUEAL	180				
PRES. SISTOL V	160				
PRES. DISTOL A	140				
PULSO. ◆	120				
RESP. ASSIST. -RA	100				
RESP. EXPONT. -RE	80				
RESP. CONTR. -RC	60				
POSICÃO	40				
OBSERVAÇÕES					
<p>(1) Gf do time de</p> <p>(2) Oniprogel 40mg</p> <p>(3) Acame tona 10mg</p> <p>(4) Orclanetone 8mg</p>					
Soro					
SFC 01 R. 000					
Sangue					
Outros					

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

AGENTES EMPREGADOS  
 Rique: Entada, minha, L3/L4, Amc K 270, CCR cloro; Tujo: Buzi, grande 15 mg -  
 minha Ruz; Sem interconexão

ACORDADO	SALA DE RECUPERAÇÃO	CONDIÇÕES	ÓBITO
SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	B <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	

DR. PABLO RICARDO G. DE S. S. S. S.  
e-150166 27  
ARMY 7127





HOSPITAL  
WILSON ROSADO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Fca. Luigimire 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 alergia

Prescrição Médica

Aprazamento

13:25

① Dipirona 2g + 100ml de SPO.PY. RV agora 13:30  
CRD

Dr. Paulo Ricardo O. da Silva  
Médico  
CRM/RN 1127

Medicação administrada por:

M

T

N



Descrição dos procedimentos cirúrgicos

- 1) Lesões em 3º e 4º graus.
- 2) Lesões, laceração + sutura com fio 3/0.
- 3) Sutura da pele com fio 3/0.
- 4) Sutura da pele com fio 3/0.
- 5) Sutura da pele com fio 3/0.
- 6) Sutura da pele com fio 3/0.
- 7) Sutura da pele com fio 3/0.
- 8) Sutura da pele com fio 3/0.
- 9) Sutura da pele com fio 3/0.
- 10) Sutura da pele com fio 3/0.
- 11) Sutura da pele com fio 3/0.
- 12) Sutura da pele com fio 3/0.
- 13) Sutura da pele com fio 3/0.
- 14) Sutura da pele com fio 3/0.
- 15) Sutura da pele com fio 3/0.
- 16) Sutura da pele com fio 3/0.
- 17) Sutura da pele com fio 3/0.
- 18) Sutura da pele com fio 3/0.
- 19) Sutura da pele com fio 3/0.
- 20) Sutura da pele com fio 3/0.
- 21) Sutura da pele com fio 3/0.
- 22) Sutura da pele com fio 3/0.
- 23) Sutura da pele com fio 3/0.
- 24) Sutura da pele com fio 3/0.
- 25) Sutura da pele com fio 3/0.
- 26) Sutura da pele com fio 3/0.
- 27) Sutura da pele com fio 3/0.
- 28) Sutura da pele com fio 3/0.
- 29) Sutura da pele com fio 3/0.
- 30) Sutura da pele com fio 3/0.
- 31) Sutura da pele com fio 3/0.
- 32) Sutura da pele com fio 3/0.
- 33) Sutura da pele com fio 3/0.
- 34) Sutura da pele com fio 3/0.
- 35) Sutura da pele com fio 3/0.
- 36) Sutura da pele com fio 3/0.
- 37) Sutura da pele com fio 3/0.
- 38) Sutura da pele com fio 3/0.
- 39) Sutura da pele com fio 3/0.
- 40) Sutura da pele com fio 3/0.
- 41) Sutura da pele com fio 3/0.
- 42) Sutura da pele com fio 3/0.
- 43) Sutura da pele com fio 3/0.
- 44) Sutura da pele com fio 3/0.
- 45) Sutura da pele com fio 3/0.
- 46) Sutura da pele com fio 3/0.
- 47) Sutura da pele com fio 3/0.
- 48) Sutura da pele com fio 3/0.
- 49) Sutura da pele com fio 3/0.
- 50) Sutura da pele com fio 3/0.
- 51) Sutura da pele com fio 3/0.
- 52) Sutura da pele com fio 3/0.
- 53) Sutura da pele com fio 3/0.
- 54) Sutura da pele com fio 3/0.
- 55) Sutura da pele com fio 3/0.
- 56) Sutura da pele com fio 3/0.
- 57) Sutura da pele com fio 3/0.
- 58) Sutura da pele com fio 3/0.
- 59) Sutura da pele com fio 3/0.
- 60) Sutura da pele com fio 3/0.
- 61) Sutura da pele com fio 3/0.
- 62) Sutura da pele com fio 3/0.
- 63) Sutura da pele com fio 3/0.
- 64) Sutura da pele com fio 3/0.
- 65) Sutura da pele com fio 3/0.
- 66) Sutura da pele com fio 3/0.
- 67) Sutura da pele com fio 3/0.
- 68) Sutura da pele com fio 3/0.
- 69) Sutura da pele com fio 3/0.
- 70) Sutura da pele com fio 3/0.
- 71) Sutura da pele com fio 3/0.
- 72) Sutura da pele com fio 3/0.
- 73) Sutura da pele com fio 3/0.
- 74) Sutura da pele com fio 3/0.
- 75) Sutura da pele com fio 3/0.
- 76) Sutura da pele com fio 3/0.
- 77) Sutura da pele com fio 3/0.
- 78) Sutura da pele com fio 3/0.
- 79) Sutura da pele com fio 3/0.
- 80) Sutura da pele com fio 3/0.
- 81) Sutura da pele com fio 3/0.
- 82) Sutura da pele com fio 3/0.
- 83) Sutura da pele com fio 3/0.
- 84) Sutura da pele com fio 3/0.
- 85) Sutura da pele com fio 3/0.
- 86) Sutura da pele com fio 3/0.
- 87) Sutura da pele com fio 3/0.
- 88) Sutura da pele com fio 3/0.
- 89) Sutura da pele com fio 3/0.
- 90) Sutura da pele com fio 3/0.
- 91) Sutura da pele com fio 3/0.
- 92) Sutura da pele com fio 3/0.
- 93) Sutura da pele com fio 3/0.
- 94) Sutura da pele com fio 3/0.
- 95) Sutura da pele com fio 3/0.
- 96) Sutura da pele com fio 3/0.
- 97) Sutura da pele com fio 3/0.
- 98) Sutura da pele com fio 3/0.
- 99) Sutura da pele com fio 3/0.
- 100) Sutura da pele com fio 3/0.

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

Pág.: 1/1

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

*Alimento livre*

SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML	1,00FR	IV	08/08H		
CEFALOTINA 1 G	1,00FA	IV	06/06H	+ ABD	
CLEXANE 40MG / 0,4 ML	1,00SER	SC	1X DIA		
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	06/06H	+ ABD	
TRAMAL 50MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	08/08H	+ 5F 0,9% 100ML	
TENOXICAN 20MG PO LÍDIO P/SOLUÇÃO INJETÁVEL	1,00FRAMP IV		12/12H	+ ABD	
NAUSEDRON 8 MG / 4 ML	1,00AMP	IV	08/08H	+ ABD	
OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00FA	IV	1X DIA		

*SSVO + SCGB*

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

*1) Prescrição 58 L. 01/04/20, 1x/10h  
 22*

*01/03/2020*

*A-L-A O.P.N.P*

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

SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



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

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081021542453900000056194093>

Número do documento: 20081021542453900000056194093

Num. 58528891 - Pág. 12

### Evolução Médica

### Prescrição Médica

### Aprazamento

Medicação administrada por:

M

T

N





HOSPITAL  
WILSON ROSADO

Paciente: Francisca L. de Lima 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 estado de boas condições, e orientado verbalmente suas necessidades, respirando O <sub>2</sub> ambiente, com ACP em bom funcionamento, segue em jejum para realizar procedimento cirúrgico com Dr. Gustavo, após HDS, DM, A, e segue com cuidados da equipe de enfermagem.	Cheila Maria da Silva COREN-RN 1247.168-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 do anestesiologista Dr. Paulo Ricardo. Segue em obs.	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA COREN-RN 1247.168-TE
20/03	15:55	Recibo peti no S.O. Vinda do Cho.	
20/03	16:00	Início do bloqueio anestésico Região + Sedação com Dr. Paulo Ricardo - R.	Gizeane Maria da S. Lima COREN-RN 1247.168-TEC
20/03	16:10	Início do procedimento cirúrgico com Dr. Rafael e estenotomizadora, Gil Viana.	Gizeane Maria da S. Lima COREN-RN 1247.168-TEC
20/03	17:00	Termino do procedimento cirúrgico sem intercorrências, peti transferido de S.O. p/a Cho em cama, com ACP. Orientado em O <sub>2</sub> ambiente, com ACP em F.O. e segue com cuidados da equipe de enfermagem.	Gizeane Maria da S. Lima COREN-RN 1247.168-TEC







**HOSPITAL WILSON ROSADO**  
PEDRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010  
CNPJ: 35.550.324/0001-50  
Tel.: (84) 3318-9000

**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 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
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

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

CNPJ: 35.650.324/0001-50

MOSSORÓ/RN

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

1226578 - FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA SILVA

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

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 BIMALLEOLAR DE TORNOZELO. ACEITANDO DIETA POR VIA ORAL. EVOLUINDO CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES. EM AR AMBIENTE. AOS SSVV: NORMOTENSA, NORMOCARDICA, NORMOCORADA, AGUANOTICA, 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

Thaiane Michelle  
Enfermeira  
COREN/RN 243343

Assinatura

Sigeh - Sistema para Gestão Hospitalar

JPG Soluções em Informática (85) 9844-5764



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



Clinica: 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, 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. O <sub>2</sub> : 98 FI O <sub>2</sub> : 21 Ventilação: AA Decúbito:	MARCIA ROGICLEIDE BARRETO PEREIRA	 MARCIA ROGICLEIDE BARRETO PEREIRA CPF: 03.104.728-1
10:00:00	ADMINISTRADO DE HORARIO, CEFALOTINA 1G - 1 FA + ABD - IV, + DIPIRONA - 1 AMP + AND - IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 0 FI O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito:	MARCIA ROGICLEIDE BARRETO PEREIRA	 MARCIA ROGICLEIDE BARRETO PEREIRA CPF: 03.104.728-1



CARDIODIAGNOSTICO 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

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

Convenio: SUS

Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 202-03

21/03/2020

Anotação

Técnica(s)

Assinatura

14:00:00	RECEBEMOS PACIENTE POS CIRURGIA DE FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIREITO PROCEDENTE DO CENTRO CIRURGICO EM MACA COM IMAGUEIRO 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 1371850
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. O2: 98 FI O2: 0 Ventilação: Decúbito:	BARBARA LIGIA MIGUEL DA COSTA	Barbara Ligia Miguel da Costa Téc. Enfermagem COREN - RN 1371850
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. O2: 0 FI O2: 0 Ventilação: Decúbito:	BARBARA LIGIA MIGUEL DA COSTA	Barbara Ligia Miguel da Costa Téc. Enfermagem COREN - RN 1371850
18:15:00	APÓS AVALIAÇÃO MEDICA PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR, RETIRADO AVP, SEGUE DE CADEIRA DE RODAS ACOMPANHADO POR IMAGUEIRO E FAMILIAR. - PA: TAX: 0,009 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 1371850



Paciente: Francisca L. de Lima Silva

Clínica: \_\_\_\_\_ Enf.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Cuidados Especiais:

Visto Enfermeiro



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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOS, 150, BALDO,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.186/0001-81  
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

## DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA LUZ MEIRE DE LIMA SILVA  
CPF: 030.785.644-52

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PO BARRINHA 13 A

ZONA RURAL/ÁREA RURAL  
59600-001 MOSSORÓ RN

## DATA DE VENCIMENTO

27/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

20/01/2020

## DATA DA APRESENTAÇÃO

20/01/2020

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

036311124

Série: U

## CONTA CONTRATO

007014390230

## Nº DO CLIENTE

301148568

## Nº DA INSTALAÇÃO

0090585219

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

964D.B322.49A2.CE61.D1F9.7C58.1774.5D9A

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

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)-YUSD	48,00	0,26747190	12,83
Consumo Ativo (kWh)-TE	48,00	0,26349122	12,64
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,87
Contrib. Sum. 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>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

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

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo (kWh)-YUSD 0,26747190

Consumo Ativo (kWh)-TE 0,26349122

## HISTÓRICO DO CONSUMO

YWR	CONSUMO (kWh)
JAN 20	48
FEV 19	51
MAR 19	53
ABR 19	38
MAY 19	38
JUN 19	39
JUL 19	40
AUG 19	42
SET 19	42
OCT 19	38
NOV 19	42
DEZ 19	41
JAN 18	40

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	VALOR	%
Geração de Energia	11,90	43,04
Transmissão	1,25	4,18
Distribuição (Descont)	7,83	26,13
Encargos Setoriais	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>

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TÍPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
068000000000002378	CAT	19/12/2019 0.411,00	20/01/2020 0.453,00	32	1,00000	0,00	48,00

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

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AJUSTADO	VEZES MENSAL	VEZES TRIMESTRAIS	VEZES ANUAIS
nov/2019					
DIC-Nº de horas sem Energia	MOSSORÓ	0,00	10,22	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
DIC-Duração de Interrupção em dia crítico					
Limite DICRI: 18,00					
EUSD-Valor da Encargos do Uso = R\$ 12,22					
Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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  
(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.

## NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	235

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AQUI

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

## FATURA PAGA

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOSZ, 156, BALDO,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.198/0001-81  
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 0187 -Ligação Gratuita de telefones fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167  
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

<b>DADOS DO CLIENTE</b> FERNANDA MARIA DE LIMA SILVA CPF: 053.344.154-40 NIS: 20312830492		<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>27/01/2020</b> <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>252,66</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> 036353636 Série: U	<b>CONTA CONTRATO</b> 000851487794 <b>Nº DO CLIENTE</b> 3000569004 <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 0000565143
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> PO BARRINHA 141 ZONA RURAL/ÁREA RURAL 59800-001 MOSSORÓ RN		<b>CLASSIFICAÇÃO</b> B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
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		<b>RESERVADO AO FISCO</b> 98BD.E8B3.A49E.EE3C.C18A.7A6C.8FC2.FE4B		

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,11617182	3,54
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,20288026	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	3,86
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
Acrescimo 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			9,72
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>252,66</b>

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

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 do 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 o corte, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo-TUSD até 30 kWh 0,0992900	JAN 20       363
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh 0,13316005	DEZ 19       306
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh 0,20727000	NOV 19       344
Consumo-TUSD superior a 220 kWh 0,23030000	OUT 19       318
Consumo-TE até 30 kWh 0,09780490	SET 19       309
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh 0,15967200	AGO 19       328
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh 0,22576300	JUL 19       289
Consumo-TE superior a 220 kWh 0,25087000	JUN 19       303
	MAY 19       304
	ABR 19       274
	MAR 19       297
	FEV 19       336
	JAN 19       323

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
RS	%	
Geração de Energia	72,01	33,84
Transmissão	7,68	3,61
Distribuição (Cossim)	48,44	22,77
Encargos Setoriais	4,02	1,80
Perdas de Energia	87,82	51,79
TOTAL	212,77	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA PAVIAÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000002027224	CAT	19/12/2019	28.054,00	20/01/2020	28.407,00	32	1,00000	0,00	353,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/02/2020									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MULTA MENSAL	MULTA TRIM.	MULTA ANUAL
nov2019					
DIC-No.de horas sem Energia	MOSSORÓ RN	0,00	10,20	20,39	41,19
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,52	19,04	30,00
DMIC-Duração máxima da interrupção contínua		0,00	5,48	0,00	0,00
Linha No DCCRD: 16,50					
DCCRD-Duração de interrupção em dia crítico					
EUSD-Valor do Encargo de Uso a R\$ 67,57					
Todo Consumidor pode solicitar a suspensão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DCCRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEL DE TENSÃO	
Pague no ponto mais perto de você! Não pague por antecipação! Av. Wilson Roza, 1456, Abolição. 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.		TENSÃO NOMINAL(V) 220 LIMITE DE VARIAÇÃO(V) MÍNIMO 202 MÁXIMO 231	
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

CONTA CONTRATO	MÊS/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.



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

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081021542453900000056194093

Número do documento: 20081021542453900000056194093





## 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: 4020-1595 / 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 SP, 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>341</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Monóvia</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>59 600-000</u>
Tel. de contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>Não possui</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Monóvia - PE 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 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECWEB/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 LICITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Fernanda Maria de Lima Silva  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 053.344.354, 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: Receita Renda: Receita 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>Morrore</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: <u>Não possui</u>	CEP: <u>59600-001</u>	Tel. (DDD): <u>(41) 99827-0066</u>

Local e Data: Morrore - PR 38/02/20

\* Fernanda Maria de Lima Silva  
Assinatura do Declarante

DLDBL001 V001/2017





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 030785644-52 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): 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:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 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 5.194/74), 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 da acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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 - 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 marido/esposa? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Mossoró - RN 31/02/20

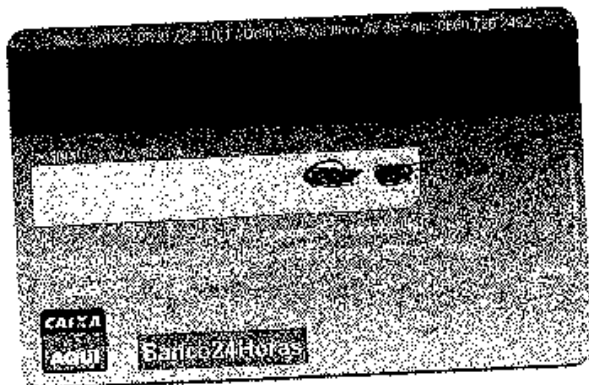
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Francisca Luzimeire de Lima Silva

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 Nasco: 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 MXT4238
Renavam 00933638728	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

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 Luzimeire 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 1680285  
Responsável pelo Atendimento

Francisca Luzimeire de Lima Silva  
(Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas 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 Corrupção 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



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

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081021542453900000056194093>

Número do documento: 20081021542453900000056194093

Num. 58528891 - Pág. 27



## 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 Barinhã

9 - Número:

33

10 - Complemento:

Casa A

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Monte

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

59600-003

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

Não possui

17 - 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 (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐

Saavedra (237)

☐

Itaú (341)

☐

Banco do Brasil (001)

☒

Caixa Econômica Federal (104)

☐

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3064

CONTA:

33938

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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:

☐ Sim

☐ Não

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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou netos/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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:

Monte - PE 38/02/20

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Francisca Luzimeire de Lima Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 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



# 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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 31/01/2020

**Titular do CPF:** FRANCISCA LUZIMEIRE DE LIMA SILVA

### 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



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - RN** Nº 014528891/2019  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VEICULO: 1 - 00533638728 - 2019  
CATEGORIA: 1 - 00533638728 - 2019

PLACA: 330.785.644-52  
CMT: 235 / RN

ESPÉCIE TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/ARRO AERONAVE  
MARCA/MODELO: YAMAHA/YBR 125K

COMPRIMETEL: 2007 - 2008  
ANO FAB: 2007 - 2008

CATEGORIA: 007/124 - CILINDRADAS  
PARTICULAR: 1 - 00533638728 - 2019

VENO: 14/08/2019  
VENO: 14/08/2019

PARCELAMENTO/COTAS: 1 - 00533638728 - 2019  
PARCELAMENTO/COTAS: 1 - 00533638728 - 2019

PREMIO TARIFARIO (R\$): 100,00  
LICENCIAMENTO: 1 - 00533638728 - 2019

DATA DE PAGAMENTO: 28/06/2019  
OBSERVAÇÕES: 1 - 00533638728 - 2019

MOTOR: 2382E-141180

COSSOCCO/RN: 1 - 00533638728 - 2019



## 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:**

Nome: Francisca Luzmeire 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) \_\_\_\_\_  
Po. Barinhã nº 13  
bairro: Zona Rural, município: Moçoitô / PE

## OUTORGADO:

Nome: Fernanda Maria de Lima Silva, brasileiro(a)  
estado civil: Solteira Profissão: Atendente, portador(a) do RG  
002339497, órgão expedidor SP e do CPF: 053344354-40, residente  
no(a) Ra Barrinha nº 543  
bairro: Zona Rural, município: Moçoão / PR

**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 Luizense de Lima Silva  
Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)

**Cartório Vinte**  
R. Vicente Sabóia, 167 - Centro, Mossoró - RN, 59600-100 FONE: (84) 3017-6000  
Trib.: Edmar Vieira de Almeida

Revised January 10, 2020

FRANCISCA LUCINEIDE DE LIMA SILVA

Realizado na presença do Sr. [redacted]  
e testemunhas da versão [redacted]

~~SECRET~~ NTC 12-02-7429 12-18-73  
ERIKH DE MOUNA VISITOR - TANK IN CHARGE

SELO DIGITAL RN202000040040003552E

PARA: CONHECIMENTO  
 ATENÇÃO: REPRODUZIR

100-443887-100  
 100-443887-100  
 100-443887-100

397824

100-443887-1

[illegible]

ADRIANA FERREIRA DA SILVA 10/22/2022 01:51:04

ARINA FREITAS DA SILVA - 10/08/2020 21:54:24

o/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008102154245390000  
50000000050101000

53900000056194093

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

<https://pje1g.tirn.ius.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081021542453900000056194093>

Número do documento: 20081021542453900000056194093

Num. 58528891 - Pág. 35