
Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190684480

Vítima: FRANCINILDO GOMES FERREIRA DE LIMA

Data do Acidente: 29/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCINILDO GOMES FERREIRA DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190684480

Vítima: FRANCINILDO GOMES FERREIRA DE LIMA

Data do Acidente: 29/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), FRANCINILDO GOMES FERREIRA DE LIMA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190684480 **Cidade:** Olho-D'Água do Borges **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCINILDO GOMES FERREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE JOELHO DIREITO (PAG.01.02)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ **DPVAT**

2 - Nº do sinistro ou ASL: 072409324-70 3 - CPF da vítima: 072409324-70 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO COMES FERREIRA DE LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: FRANCISCO COMES FERREIRA DE LIMA 6 - CPF: 072409324-70
7 - Profissão: EMPREGADO 8 - Endereço: RUA ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA 9 - Número: 102 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CEARA 12 - Cidade: OLHO D'ÁGUA DO BONFIM 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59133-000
15 - E-mail: nao possui 16 - Tel. (DDD): (84) 999833623

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: ☒ RECLUSO 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0763 CONTA: 031249 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ 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 nascituro (ainda não nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

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

40 - Local e Data: OLHO D'ÁGUA DO BONFIM, 27/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CARTÓRIO ÚNICO OLHO D'ÁGUA DO BORGES
Rua João André, 49 - Centro, CEP 59730-000
(84) 99918-3223

Reconhecimento por SEMELHANÇA a(s) firma(s)

de:

FRANCINILDO GOMES FERREIRA DE LIMA

Selo Digital: RN2019009446600004428XG

Confira a autenticidade em <http://revalida.ijrn.us/selo>

Olho D'Água do Borges em 27 de Novembro de 2019 - 11:39

AA01132

Antônio José da Silva Marques da Silva
Tabela Rubricada



INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16 Registro de Informações cadastrais Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
-----------	---	--

MORTE

23 a 33 Declaração de Únicos Beneficiários A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

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

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

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Quilodália: 0800 021 91 35



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PATU/RN
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL - PATU/RN

Boletim de Ocorrência nº 321/2019

Boletim de ocorrência



Natureza da Ocorrência: Comunicação de fato- ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Local: BR-226, Próximo a cidade de Olho D'água do Borges/RN.

Data e hora do fato: 29/09/2019 às 09h00min.

Comunicante: Francisco Gomes Ferreira de Lima, RG: nº 002.717.225- ITEP/RN, Nascido em 10/06/1983: filho (a) de Francimar Elias Gomes e de Antonia Ferreira de Lima Gomes, Profissão: Agricultor, Residente e domiciliado à Rua Antonio Martins de Oliveira, nº102, Centro, Olho D'água do Borges/RN.

Fone: 9-9985-8470

Vítima: O declarante.

Acusado (a): Prejudicado.

Testemunha: Elder Zacony Torres, Rua Francisco Sinésio, nº10, Centro, Olho D'água do Borges/RN

Fone: 9-9818-6773.

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O (A) COMUNICANTE INFORMOU QUE no dia e horário supracitados, conduzia o veículo tipo motocicleta Honda /CG 150 Titan KS, Cor Vermelha, Placa: MXM-2478, RENAVAM: 840909411, Ano: 2004/2005, Chassi: 9C2K08105R028261, Licenciado em nome de Antonio Adailton Gomes de Lima, CPF: 057.499.174-36; Na RN-078; Próximo a cidade de Olho D'água do Borges/RN, momento que o mesmo se deparou com outra pessoa conduzindo um veículo tipo motocicleta Biz ao qual atravessou na frente do declarante, vindo a bater no mesmo, que desta colisão o declarante sofreu um trauma no joelho direito conforme comprova na fixa de atendimento hospitalar em anexo. ; Que nada mais declarou nem lhe foi perguntado.

O (A) DECLARANTE SE RESPONSABILIZA CIVIL E CRIMINALMENTE PELO TEOR DE SUAS DECLARAÇÕES.

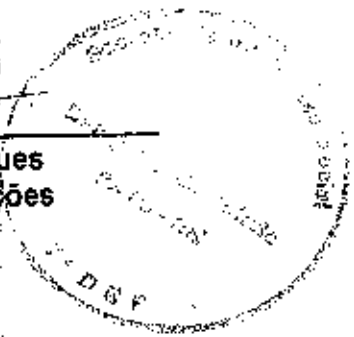
Providências Adotadas:

(01) Registro da Ocorrência, expedição de B.O.

Patu/ RN, 20 de Novembro de 2019.

Francisco Gomes Ferreira de Lima
Comunicante/ Vítima

APC Valter Rodrigues
Chefe de Investigações
Mat.195595-0



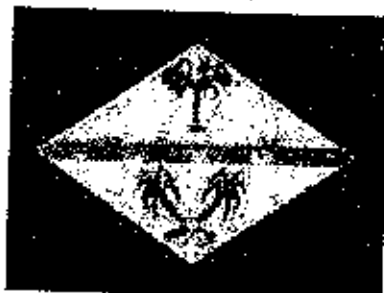
Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20031-000



Declaração de Inexistência de IML



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



Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Olho D'Água do Borges – RN
Palácio Mário Solano de Moura
CNPJ Nº 08.349.029/0001-95
Rua Etelvino Sales, SN – Centro – CEP: 59730-000
Tel: 3364-0305 – Fax (84) 3364 -0282
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E SANEAMENTO
www.olhodaguadoborges.rn.gov.br

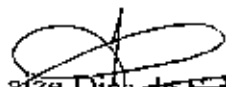


DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários que O Sr Francinildo Gomes Ferreira de Lima, Casado, portador do C.I. de nº002.717.225/RN, deu entrada no Hospital Maternidade Rita Elvira da Silva por volta das 09:00 de 29 de setembro de 2019, vítima de acidente automobilístico, consciente orientado, com escoriações pelo corpo, fratura de joelho direito, foi encaminhada para outro atendimento mais avançado.

Do que para constar passo e assino o seguinte documento.

Olho D'Água do Borges – RN, em 19 de novembro de 2019.


Ana Laíza Dias Sales
Diretora
CPF: 061.226.954-06
Diretora



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SESAP - Secretaria de Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL Dr. AGUIALDO PEREIRA DA SILVA - CARAÚBAS-RN
O Amigo da criança
FONE (84) 3337-5000-5001

RECEITUÁRIO

Ar ORTOPEDISTA

- Paciente FERNANDES
GOMES F. LIMA - 35 anos, com
a lesão de rotas.
- Rotas + curas

09/09/19

ANTONIO GONCALVES
CRM-RN: 42.5015

Médico (a)

Amamentar é um ato de amor

CRM

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MALS
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 25/11/2019
SAME TARCÍSIO B. L. V.



HOSPITAL
WILSON ROSADO

RECEITUÁRIO

Araceli Cardoso

Francisco Gomes Ferreira de Lima 36
m - 2/2000 : ~~Dr. Carlos~~ ~~Dr. João~~
de João

Exame físico do ponto de vista
geral satisfatório. Não apresenta
do a deficiência de medula. Boa
resposta funcional a terapia
Sem mais alterações
Boa evolução, afetado, em
primeira fase, o melhor.

At: Rm 25 Bx S1)

At: MR, S/MS

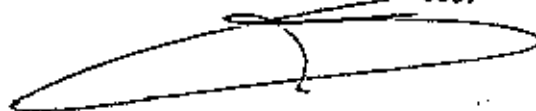
Rua Pedro Velho, 250 - Sto. Antônio - Mossoró/RN
CEP: 59611-010 - Fone: (84) 3318.9000

ECG - regulador sinus

Ex. lab. - normal

Placa coronária - breve com a
crânio proprio : ver Class I

DR. GILMAR DO NASCIMENTO
CARDIOLOGIA
CRM-RN-3807



17/10/19



DR. TASSO ALACÓN

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | CRM 6725

Ortopedia
Traumatologia
Ultrassonografia
Cirurgia do Joelho

Família Carlos F. de Lima

Uso 11/15

- ① Ciprofloxacino 500mg — (30 cp)
1 cp a 12/12h 15 dias
- ② Clindamicina 300mg — (60 cp)
1 cp a 6/6h 15 dias

04
11
169

Dr. Tasso Alacón P. de A. Dantas
Ortopedia - Traumatologia - Cir. do Joelho
CRM: 6725 - RQE: 3312 - RCD: 15037

HARMONY (R. Coronel Joaquim Manoel,
615, sala 110B (Harmony Medical Center) Petrópolis - RJ
CEP 59012-330 Tel.: (84) 3025-8023 | 3616-8080

CENTRO MÉDICO TIAGO DIAS | R. Nelson Córdova, s/n - Penedo
Cariacá/RN - CEP 59300-000 Tel.: (84) 3417-6101 | 9.9905-0745

RECEITUÁRIO

Paciente: **FRANCINILDO GOMES FERREIRA DE LIMA**

Uso Interno

CEFADROXILA 500 MG _____ 14 COMPR
TOMAR 1 COMPR VO 1X AO DIA, POR 07 DIAS.

FLANCOX 500 MG _____ 14 COMPR
TOMAR 1 COMPR VO 1X AO DIA, POR 07 DIAS.

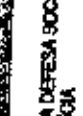
XARELTO 10 MG _____ 10 COMPR
TOMAR 1 COMPR VO 1X AO DIA, POR 10 DIAS.

Natal, 22/10/19



Dr Tusso Alacón Pereira de Araújo Dantas
Ortopedia - Traumatologia
CRM 6725 / TEOT 15037

Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO - CENTRO DE FISIOTECNIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - I



POLEGAR DIREITO



Assinado: *Elisavinda G. G. de F. e J. de L. com*

AL. Nº 1.974-00 1111-00-00

CARTeira DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL
NOME

002.717.225

DATA DE
EMISSÃO

17/09/2018

FRANCINILDO GOMES FERREIRA DE LIMA

RELACÃO

FRANCINAR ELIAS GOMES
ANTONIA FERREIRA DE LIMA GOMES

NATURALIDADE

OLHO D'ÁGUA DO BORGES RN

10/06/1983

CERT. DE CASAMENTO 1-B-3. F-3 86-504

OLHO D'ÁGUA DO BORGES RN-CARTORIO UNICO CARTORIO

072.405.324-70

2a. VIA

DUT



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA APESSAR DE TRANSPORTADAS OU NÃO (SEGURO DPVAT)

RN Nº 9449213840 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 11
CPF / CNPJ 57.499.474-36
PLACA MXM247B

BILHETE DE SEGURO DPVAT

RN Nº 9449213840 EXERCÍCIO 2011 DATA EMISSÃO 22/03/2012

VIA 1 CPF / CNPJ 57.499.474-36 PLACA MXM247B

RENAVAM 848989411 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB 2004 CATARF 9 Nº CHASSI 9C2KCR0105R028261

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 0,00 DENATRIAN (R\$) 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 0,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00 IOP (R\$) 0,00 TOTAL BRUTO DO SEGURO (R\$) 0,00

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

11-2011

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 9449213840
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 1 COD RENAVAM 848989411 ENTRC 300000000 EXERCÍCIO 2011

ANTONIO GILBERTO DE LIMA

CPF 57.499.474-36 PLACA MXM247B

PLACA ANT/UF MXM247/RN

ESPECIE TIPO HONDA/CG 150 TITAN KS COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS ANO FAB 2004 ANO MO 2005

CAP/POT/CIL 150/19 SILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 15/95/2011 1º PAGO

FAIXA DPVAT 2007 3X 2º PAGO

PREMIO TARIFARIO UNICO 0,00 PREMIO TOTAL 0,00 DATA DE PAGAMENTO 22/03/2012

TAXA DE EMISSÃO DO BILHETE 0,00

NOTUR: KCAE 11/2011 OBSERVAÇÕES

DECLARAÇÃO DE COTA ÚNICA PARA TRANSFERÊNCIA

Assinatura: [Assinatura] DATA 22/03/2012

Observações: [Observações]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
5674551/2012

Nº 9449213840
80945018544

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1	ZON. RENAVAM 848989411	RNTRC *****
----------	---------------------------	----------------

NOME/ENDEREÇO ANTONIO ADEILTON GOMES DE LIMA AV LAURO MATA, 193 CENTRO 59.770-000 PATU/RN

C. SUPJ RSJ.439.174 DE	PLACA MXM2473
---------------------------	------------------

NOME ANTERIOR BENEDITO SEVERINO DA SILVA

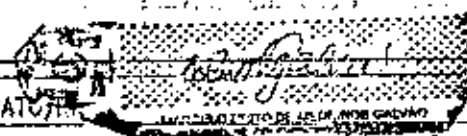
PLACA ANT./UT MXM2478/RN	CHASSI 902KC08105R029261
-----------------------------	-----------------------------

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVEL	COMBUSTIVEL GASOLINA
--	-------------------------

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN K6	ANO FAB. 2004	ANO MOD. 2005
---------------------------------------	------------------	------------------

CAP/POT/CIL 8CV/149 CILINDRADAS	CATEGORIA PARTICULAR	COR PREDOMINANTE VERMELHA
------------------------------------	-------------------------	------------------------------

OBSERVAÇÕES MOTOR: KC08E15028261

	DATA 22/03/2012
--	--------------------

DETRAN

DETRAN

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439038/19

Vítima: FRANCINILDO GOMES FERREIRA DE LIMA

CPF: 072.405.324-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2019

Titular do CPF: FRANCINILDO GOMES
FERREIRA DE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros



FRANCINILDO GOMES FERREIRA DE LIMA : 072.405.324-70

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/12/2019

Nome: FRANCINILDO GOMES FERREIRA DE LIMA

CPF: 072.405.324-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019

Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES

CPF: 149.018.967-09

FRANCINILDO GOMES FERREIRA DE LIMA

JULIANA MARQUES RODRIGUES

INVALIDEZ PERMANENTE e/ou
DAMS - Despesas Médicas

Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos


Seguradora Líder - DPVAT

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima FRANCISCA DE COMES FERNANDES DE LIMA

Data do Acidente 29/03/2019 CPF: 032.405.324-70

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome

☒ A própria Vítima ☐ Representante Legal: Grau de Parentesco: _____

Endereço RUA ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA

No. 102-A Complemento CASA Bairro CASAS

Cidade OLHO D'ÁGUA UF PA

CEP 59.730-000

Telefone (84) 9998.33623 E-mail francisca.fernandes@outlook.com

Informações Importantes!

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.
- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

3. COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ DESPESAS MÉDICAS

Atenção!  Preencha com ☒ Para documentação entregue

4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).
- ☒ Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☒ CPF da vítima (Cópia simples e legível).
- ☒ Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).
- ☒ Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários, (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).
- ☒ Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).
- ☒ Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).
- ☐ Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).
- ☐ Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 29/03/2019

Nome Francisca de Comas Fernandes de Lima

Identidade 002.937.225

Francisca de Comas Fernandes de Lima
Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

Data 29/03/2019

☐ Recebi os documentos assinalados

Nome

Marcelo Roberto de Oliveira Junior

Matrícula Correios 8.627.504-3

Marcelo Roberto de Oliveira Junior
Assinatura do Atendente

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439038/19

Vítima: FRANCINILDO GOMES FERREIRA DE LIMA

CPF: 072.405.324-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2019

Titular do CPF: FRANCINILDO GOMES FERREIRA DE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCINILDO GOMES FERREIRA DE LIMA : 072.405.324-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/12/2019
Nome: FRANCINILDO GOMES FERREIRA DE LIMA
CPF: 072.405.324-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

FRANCINILDO GOMES FERREIRA DE LIMA

JULIANA MARQUES RODRIGUES