



Número: **0848575-74.2021.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/10/2021**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA (AUTOR)		RAFAELA CARLA MELO DE PAIVA (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (REU)		MARCO CESAR DANTAS DE ARAUJO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77354 425	11/01/2022 12:19	<a href="#">2851114_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros documentos

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210103981 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/04/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. P10

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA. P11 ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210103981 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/04/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. P10

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA. P11 ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210103981 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/05/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA. P10

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA. P11 ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ P 1 - SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210103981 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/05/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA. P10

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA. P11 ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ P 1 - SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210103981 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/06/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA. P10

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA. P11 ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ P 1 -SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210103981 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/06/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA. P10

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA. P11 ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ P 1 -SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210103981 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. ESCORIAÇÕES DIFUSAS.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do 3º dedo da mão esquerda apresenta flexão da articulação interfalangeana proximal aos 40°, flexão da articulação interfalangeana distal aos 50°, sem amputação, preensão palmar anormal, movimento de pinça anormal. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO EM 21/12/2020 SENDO REALIZADA LIMPEZA CIRÚRGICA, DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER DA FRATURA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO COM IMOBILIZAÇÃO COM TALA LUVA, SENDO POSTERIORMENTE REALIZADA FISIOTERAPIA. O FIO FOI RETIRADO APÓS 45 DIAS. ALTA EM ABRIL DE 2021. ATUALMENTE, VÍTIMA APRESENTANDO DESVIO ROTACIONAL E LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA EM GRAU MODERADO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 23/06/2021

**Conduta mantida:**

**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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>



**Ao Sr(a) analista da Seguradora Líder:**

SINISTRO: 3210103981

NOME: **FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA** CPF: **083.740.214-03**

Diante do exposto, venho encarecidamente requerer o prosseguimento do meu processo concluindo com o **REAGENDAMENTO DE PERICA MÉDICA**, para confirmar minhas sequelas de acordo com um perito nomeado pela seguradora Líder.

(84) 99806-1091

(84) 99134-3008

(84) 99119-0366

NATAL, 09-06-2021



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: [3210103981](#)

Nome do(a) Examinado(a): [FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [RUA OLHO DAGUA, 4, LT 04, Extremoz/RN](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SESPDS/RN / 002355729](#)

Data e local do acidente: [20/12/2020 - Extremoz/RN](#)

Data e local do exame: [23/06/2021 - Natal/RN](#)

Coordenadas Geográficas: [latitude: -5.81467 , longitude: -35.20755](#)

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

[FRATURA EXPOSTA DO 3° QUIRODÁCTILO ESQUERDO. ESCORIAÇÕES DIFUSAS.](#)

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

[REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA E FIXAÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER DE FRATURA EXPOSTA DO 3° QUIRODÁCTILO ESQUERDO SEGUIDO DE FISIOTERAPIA. O FIO FOI RETIRADO APÓS 45 DIAS. ALTA EM ABRIL DE 2021.](#)

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

[Ao exame físico do 3° dedo da mão esquerda apresenta flexão da articulação interfalangeana proximal aos 40°, flexão da articulação interfalangeana distal aos 50°, sem amputação, preensão palmar anormal, movimento de pinça anormal. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora.](#)

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[Sim](#)

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

[Sim](#)

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

[DESVIO ROTACIONAL E LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 3° QUIRODÁCTILO ESQUERDO.](#)

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

"Vítima em tratamento"

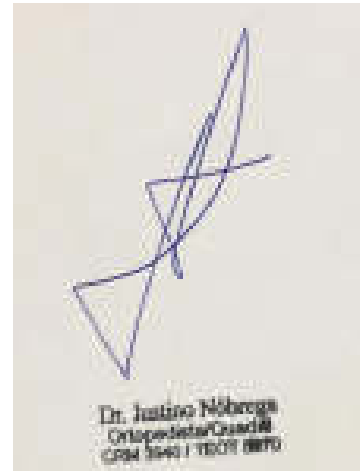
"Sem seqüela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.



3° Dedo da Mão Esquerda - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



**Ao Sr(a) analista da Seguradora Líder:**

**SINISTRO: 3210103981**

**NOME: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA CPF: 083.740.214-03**

Diante do exposto, venho encarecidamente requerer o prosseguimento do meu processo concluindo com o **REAGENDAMENTO DE PERICA MÉDICA**, para confirmar minhas sequelas de acordo com um perito nomeado pela seguradora Líder.

(84) 99806-1091

(84) 99134-3008

(84) 99119-0366

NATAL, 14-05-2021



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN

Nº 012440550002

25015667/2017

74148751926

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC
1	01087575173	*****

NOME/ENDEREÇO
VALTERCIO ANDERSON DE OLIVEIRA
R CALI, 121
LAGOA AZUL
59.139-300 NATAL/RN

CPF/CNPJ	PLACA
069.096.034-90	QGH8198

NOME ANTERIOR
RITA DE CASSIA DOS SANTOS

PLACA ANTEUF	CHASSI
QGH8198/RN	LXYKCBLO4E0517112

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PASSAGEIRO/CICLOMOTOR/NAO APLICAVEL	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
1/SHINERAY XY500 PHOENIX	2013	2014

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
0CV/49 CILINDRADAS	PARTICULAR	PRATA

OBSERVAÇÕES
MOTOR: 1P39FMAEA060011

NATAL/RN	DATA
	02/06/2017

Siderley Bezerra da Silva  
Coordenador de Registro de Veículos

Digitalizado com CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - RN N.º 012440550002  
25015667/2017 74148751926  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01087575173 RNTRC \*\*\*\*\*

NOME/ENDEREÇO  
VALTERCIO ANDERSON DE OLIVEIRA  
R CALI, 121  
LAGOA AZUL  
59.139-300 NATAL/RN

CPF/CNPJ 069.095.034-90 PLACA QGH8198

NOME ANTERIOR  
RITA DE CASSIA DOS SANTOS

PLACA ANT/UF QGH8198/RN CHASSI LXYYCBL04E0517112

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/CICLOMOTOR/NAO APLICAVEL COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO I/SHINERAY XY50Q PHOENIX ANO FAB 2013 ANO MOD 2014

CAP/POT/CIL OCV/49 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRATA

OBSERVAÇÕES  
MOTOR: 1P39FMAEA060011

NATAL/RN DATA 02/06/2017

Siderley Bazzora da Silva  
Coordenador de Registro de Veículos  
DETRAN - RN

CONTRAN

VALU2





Digitalizado com CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

1760741813

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1760741813

NOME: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

SOC. IDENTIFICAÇÃO EMPREGO / UF: 1096734 SSP RN

CPF: 061.069.354-80 DATA NASCIMENTO: 29/11/1982

RAÇA: PEDRO BERNARDINO DE SOUZA MARIA JOSE DE LIMA

PERMISSÃO: CAT. HAB: 233

VALIDADE: 20/04/2024 1ª HABILITAÇÃO: 06/08/2004

REGISTRO: 03349753108

OBSERVAÇÕES

*marcondes Bernardino de Souza*

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO: 29/04/2019

LOCAL: NATAL, RN

1760741813

PROIBIDO PLASTIFICAR

1760741813

ASSINATURA DO EMISSOR

17854910521  
RN705613984

RIO GRANDE DO NORTE





## 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcendes Bernardino de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.089.354 / 80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Alvaro Barros de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 083.740.214 / 03,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez/Trans. da Vítima Francisco Alvaro Barros de Oliveira.

inscrito (a) no CPF sob o Nº 083.740.214 / 03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço:	Número:	Complemento:
<u>Rua Brasilício Camilo</u>	<u>122</u>	<u>casa</u>
Bairro:	Cidade:	Estado:
<u>Aniquim</u>	<u>Caianinha</u>	<u>RN</u>
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	<u>59173-000</u>	<u>84194866-1091</u>
		<u>84199134-3008</u>

Local e Data: Extremoz 22-02-2021

Marcendes Bernardino de Souza  
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017

Digitalizado com CamScanner



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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOZ, 150, BALDO,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
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

SEVERINA JULIA DE LIMA  
CPF: 289.018.604-06

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA BRASÍLÍCIO CAMILO 122 -FT

ANEQUIM/ÁREA URBANA  
59173-000 GOIANINHA RN

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

## DATA DE VENCIMENTO

09/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

67,07

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

02/06/2020

## DATA DA APRESENTAÇÃO

02/06/2020

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

043058998

Série: U

## CONTA CONTRATO

007001931380

## Nº DO CLIENTE

3019187214

## Nº DA INSTALAÇÃO

0002134177

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

6A49.8ED5.4EBD.1D19.0FA2.893D.8E49.8C78

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	88,00	0,33419947	29,40
Consumo Ativo(kWh)-TE	88,00	0,32922572	28,97
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,67
Multa por atraso-NF 039948186 - 02/04/20			1,13
Juros por atraso-NF 039948186 - 02/04/20			0,52
Atualização IGPM-NF 039948186 - 02/04/20			0,38
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>67,07</b>

## EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Receb	Valor
11/05/20	02/06/20	69,85

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contém débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 59 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,33419947  
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,32922572

## HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo Ativo(kWh)-TUSD	Consumo Ativo(kWh)-TE	Mês	Ano	Consumo (kWh)
88		JUN	20	88
32		MAI	20	32
86		ABR	20	86
84		MAR	20	84
83		FEV	20	83
92		JAN	20	92
82		DEZ	19	82
90		NOV	19	90
65		OUT	19	65
71		SET	19	71
68		AGO	19	68
57		JUL	19	57
84		JUN	19	84

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	RS	%
Geração de Energia	26,65	35,37
Transmissão	2,28	3,91
Distribuição (Cosern)	14,37	24,82
Encargos Setoriais	3,34	5,72
Tributos	13,88	23,78
Pontos de Energia	3,85	6,68
<b>TOTAL</b>	<b>88,37</b>	<b>100</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
58,37	18,00	10,50	58,37	1,03	0,60
			58,37	4,77	2,78

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000052190527479	CAT	04/05/2020	802,00	02/06/2020	890,00	29	1,00000	0,00	88,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 02/07/2020

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abr/2020					
DIG-No.de horas sem Energia	GOIANINHA	0,00	5,87	11,34	22,89
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	9,89	8,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
[USD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 22,41					
[Tudo Consumidor pode solicitar a aprovação dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo]					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios gongogi: rua professor tiburcio, centro / livraria e papeteria nossa sen: rua Manoel Claudio Bezerra, 377, unaLiata 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 Verde. Mais informações em www.anel.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.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão de 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.

## NÍVEL DE TENSÃO

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

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007001931380	06/2020	67,07	09/06/2020

## TALÃO DE PAGAMENTO

838600000000 670700384072 001931380209 014128711132



Evite dobrar, furar ou rasgar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.





# 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: 083.740.214-03 3 - CPF da vítima: 083.740.214-03 4 - Nome completo da vítima: Francisco Abrão Barros de Oliveira

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 Abrão Barros de Oliveira 6 - CPF: 083.740.214-03  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Alho d'água LT-04 9 - Número: 04 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Extremoz 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59575-000  
15 - E-mail: (84) 99134-3002 / (84) 99806-1091 16 - Tel.(DDD):

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:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00  
21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:  CONTA:   
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 158098259  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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 (vaginotom)?  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 ALIBERTIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alibertizado  
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)

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data: Extremoz, 25.02.2021.  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Francisco Abrão Barros de Oliveira  
43 - Assinatura do Procurador (se houver): Marcelino Bernardino de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)  
FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE EXTREMOZ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00018951/2021

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/02/2021 10:38:31 Data/Hora Fim: 08/02/2021 10:52:59  
Delegado de Polícia: Marcio Delgado Varandas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Extremoz

Data/Hora do Fato: 20/12/2020 12:00

Local do Fato

Município: Extremoz (RN)

Bairro: CENTRO

Logradouro: AV. PEDRO VASCONCELOS

Tipo do Local: Via Pública

Nº: SN

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA (COMUNICANTE , VÍTIMA )

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 03/01/1990 Idade: 31

Profissão: Sem Informação

Estado Civil: Sem Informação

Naturalidade: Mossoró - RN

Nome da Mãe: Maria das Dores Santos Oliveira

Documentos(s)

CPF: 083.740.214-03

Endereço

Município: Extremoz - RN

Logradouro: RUA OLHO DAGUA

Complemento: CASA

Bairro: MANAIM

Telefone: (84) 98190-8576 (Celular)

Nº: 4

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTO	CPF/CNPJ do Proprietário 069.095.034-90
Placa OGH8198	Renavam 01087575173
Número do Motor 1P39FM/AEA060011	Número do Chassi LXYXCSL04E0517112
Ano/Modelo Fabricação 2014/2013	Cor PRATA
UF Veículo RN	Município Veículo Natal
Marca/Modelo I/SHINERAY XY50Q PHOENIX	Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido, Melo Empregado	Última Atualização Denatran 14/09/2019
Situação do Veículo RENAINF	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisco Abraao Barros de Oliveira	Possuidor

Impresso por: Francisco Miguel Batista de Farias Junior  
Data de Impressão: 08/02/2021 10:53:40

Página 1 de 2  
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Digitalizado com CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE EXTREMOZ - RN

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00018951/2021

## RELATO/HISTÓRICO

QUE trafegava em sua motocicleta já descrita acima quando uma outra motocicleta tipo e placa não informado saiu de repente por trás de um caminhão vindo a colidir com a motocicleta da vítima, que o condutor da outra motocicleta se evadiu e que a vítima ficou no solo, sendo conduzido por populares ao pronto socorro CLÓVIS SARINHO B. A Nº 58181/2020, onde ficou internado e passou por cirurgia no terceiro dedo da mão esquerda e continua em acompanhamento médico, vindo registrar o fato para os devidos fins.

para fins de DPVAT.

## ASSINATURAS

Francisco Miguel Batista de Farias Junior

Agente de Polícia

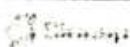
Matrícula 1926373

Responsável pelo Atendimento

Francisco Abraão Barros de Oliveira

Comunicante, Vítima

\*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que podem responder civil e penalmente pela presente declaração, nos termos legais, conforme previsto nos Artigos 309-Denúncia Caluniosa e 340-Constatação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.\*



Impresso por: Francisco Miguel Batista de Farias Junior

Data de Impressão: 08/02/2021 10:53:40

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Digitalizado com CamScanner



Olá, Francisco



Agência 0001 Conta 15809825-9  
Banco 260 - Nu Pagamentos S.A.



Me ajuda



Pedir função débito



Perfil



Configurar conta



Minhas chaves Pix





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 083.740.214.03 4 - Nome completo da vítima: Francisco Abraão Barros de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 45/2012

5 - Nome completo: Francisco Abraão Barros de Oliveira 6 - CPF: 083.740.214.03  
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Rua Alho da Guá 25-04 9 - Número: 04 10 - Complemento: Case  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Extremoz 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59574-000  
15 - E-mail: (87) 9134-3006 / (87) 9194806-1091

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTREGA 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:  
 RECEBER INFORMAR  R\$1.000,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 A R\$1.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DATAS BANCÁRIAS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Escolha uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (04)  
 CC VTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE S.A.

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 0003 CONTA: 158098259  
(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 quem 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 MÉDICO - PREENCHIMENTO SOB A 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 e renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar de seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO MÍNIMO PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

27 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 28 - Se tinha filhos, informar vivos: \_\_\_\_\_ falecidos: \_\_\_\_\_ 29 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não Se vivos, informar nomes: \_\_\_\_\_ 30 - Se tinha irmãos, informar vivos: \_\_\_\_\_ falecidos: \_\_\_\_\_ 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não Se vivos, informar nomes: \_\_\_\_\_ 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: \_\_\_\_\_ falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não Se vivos, informar nomes: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, com a vida, a indenização do Seguro DPVAT somente àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer renúncia 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.

35 - Nome legível de quem assinou o pedido (a ruego): \_\_\_\_\_

36 - CPF legível de quem assinou o pedido (a ruego): \_\_\_\_\_

37 - Assinatura de quem assinou o pedido (a ruego): \_\_\_\_\_

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Extremoz 26-02-2021

Francisco Abraão Barros de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

Alexandre Bernardino de Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V102/2019



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, 08 de Julho de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210103981**

**Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 20/12/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA**

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000015809825-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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, 10 de Junho de 2021

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210103981**

**Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 20/12/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 0140701408 - carta\_02 - INVALIDEZ

00030704



Carta nº 16898537





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, 28 de Maio de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210103981      Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/12/2020      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Relatório da análise médica presencial Líder</b>	Considerando que a vítima não compareceu à análise médica presencial agendada, não foi possível emitir o relatório. Solicitamos entrar em contato para reagendamento através dos telefones 4020-1596 (Regiões metropolitanas) ou 0800-022-1204 (demais regiões) de segunda a sexta-feira, das 8 h às 20 h e para pessoas com deficiência auditiva no 0800-022-1206. O comparecimento à análise médica presencial é imprescindível para a finalização do processo.
---	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01287/01288 - carta\_03 - INVALIDEZ

00030644



Carta nº 16870283





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, 03 de Maio de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210103981 Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/12/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Relatório da análise médica presencial Líder</b>	Considerando que a vítima não compareceu à análise médica presencial agendada, não foi possível emitir o relatório. Solicitamos entrar em contato para reagendamento através dos telefones 4020-1596 (Regiões metropolitanas) ou 0800-022-1204 (demais regiões) de segunda a sexta-feira, das 8 h às 20 h e para pessoas com deficiência auditiva no 0800-022-1206. O comparecimento à análise médica presencial é imprescindível para a finalização do processo.
---	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01251/01252 - carta\_03 - INVALIDEZ

00030626



Carta nº 16800156





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, 21 de Maio de 2021

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210103981**

**Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 20/12/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01595(01596 - carta\_02 - INVALIDEZ

00030798



Carta nº 16850862





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, 14 de Abril de 2021

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210103981**

**Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 20/12/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01325(0)1326 - carta\_02 - INVALIDEZ

00030663



Carta nº 16758139



# BANCO DO BRASIL S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/07/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000015809825-9

---

---

Nr. da Autenticação 683F1C63A19C1856





CLÍNICA

OITAVA ROSADO

Laudo Médico

Francisco Almoão Barros de Azevedo - 30a

# Data do Acidente: 20/12/2020

# Paciente sofreu acidente rodoviário que resultou em fratura de mão / 3º ADB.

Quadrado congruo.

# Atualmente refere dor e perda de flexão 75% do 3º ADB e prumoção de 50%.

W. Altolhedo Tiago Andrade Rodrigues  
Ortopedia e Traumatologia  
REMÉRVI 6274

W. Altolhedo  
Dr(a):

Data: 19/02/21

MOSSORÓ:  
Rua Juvenal Lamartine, 119  
Centro  
Fones: (84) 3315-6900 / 3315-6901  
☎ 9.8866-6069

BARAÚNA:  
Rua Expedito Alves, S/N  
Centro

SERRA DO MEL:  
R. Col. Severino Lázaro da Costa, 2214  
Vila Brasília  
Fone: (84) 9.8782-0474

ASSÚ:  
Av. Senador João Câmara, 1304  
Centro

PARNAMIRIM  
Av. Bella Parnamirim, 880  
Vila Nova

NATAL:  
Av. Presidente Medice, 256  
Igapo - Zona Norte

Digitalizado com CamScanner





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 58181 /2020  
Admissão: 20/12/2020 16:29:27

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **198260 - FRANCISCO ABRÃO BARROS DE OLIVEIRA** (30 a 11 m 17 d)  
Nascimento: 03/01/1990 Natural: MOSSORO, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA  
CNS: CPF: 08374021403 Prof: Pai: FRANCISCO ALAIDE DE OLIVEIRA  
Mãe: MARIA DAS DORES SANTOS OLIVEIRA  
Logradouro: OLHO DAGUA, 4  
CEP: 59575000 Bairro: EXTREMOZ Cidade: EXTREMOZ  
Telefone: 84 981148462 Compl:

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO Tipo: REFERENCIADO  
Origem: FAMILIA \*Empresa:

Fluxograma:		Discriminador:						
OBS: REGULADO DRA FRANCISCA		Classificação: 20/12/2020 16:15:55						
HORA	P.A.	HGT	SatO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA**

Queixas: CLIENTE SEM USO DE CAPACETE, VITIMA COLISAO MOTO X MOTO, SENDO CONDUTOR, APRESENTA FRATURA DE 3 QUIRODACTILO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES.

Hora: \_\_\_\_\_

*Relato de colisão moto x moto, usage cinto de capacete; nega náuseas, vômitos ou perda de consciência. Refere dor torácica. Nega dor abdominal. ABO = plano, flácido, DBO - limitação da movimentação do 3º quirodactilo da mão (E). Usage alívios e complicações / Desambos / AT -*

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

- A VD. púrpúras
- B Espúrico em O2 ambiente
- C Hemodinamicamente estável
- D Glasgow = 15
- E Escoriações difusas.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Colisão moto x moto*

\*Gerado via SX por PAULO PEREIRA COSTA. Impresso em 20 de Dezembro de 2020.

**RAIOS-X**  
20/12/2020  
FRAT  
MAD

Digitalizado com CamScanner



EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A  
B  
C  
D  
E

A (ALÉRGICAS) *Não*

M (MEDICAÇÃO EM USO)

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L (LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

- Rx de mão (E)  
- Rx de tornoz. AP e P.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CONDUTA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- VAT 1935h  
- Dipirona 500 mg

*Dr. Gabriela Santa Cruz*  
Urologista  
CRM 1081

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

*Recomendação de fazer exames de urina e sangue para avaliação da função renal e hepática.  
CV: Atto da Ur. fct.*

*Dr. Gabriela Santa Cruz*  
Urologista  
CRM 1081

*Paulo Roberto L. Costa*  
Fisioterapeuta  
CRM 546

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	<i>ORTOP.</i>	HORA:	DATA: <i>20/12/2020</i>
ESPECIALISTA 2		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3		HORA:	DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA / / HORA

SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITEP



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

FRAC. E+R MAS

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*\*

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

INTERCONECTADO DO CP / ADUAR

Carimbo Elétrico

CONFERE COM ORIGINAL  
NATA 03/02/21  
MAT. Nº. 132  
SABIE  
ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

OPRODEMO

DATA:

/ /

HORA:

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

/ /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

Médico (Carimbo)

Marconi M. Brandão  
Ortopedia  
CRM 3642

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

/ /

HORA:

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

/ /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

Digitalizado com CamScanner







PREFEITURA DE EXTREMOZ - RN  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MATERNIDADE PRESIDENTE CAFÉ FILHO  
Extremoz / RN - CEP: 59575 - 000  
Telefone/Fax: (84) 3279-2918 / 2025

RECEITUÁRIO MÉDICO

AO HUG - Politurador  
(regulado com Dca. Franciosa)

Encaminho urgente  
Franciosa Olívia B.  
de Oliveira, por  
quedo de moto  
nova, apresentando  
fratura em  
3º quindactilo €.

Dra. Mayara Rodrigues  
Médica  
CRM/RN 18.338

D/11/ww

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL, 03/02/21  
MAT. Nº. 18  
S.A.M.E.  
CA  
ASSINATURA



### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923  
CNES:

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **198260 FRANCISCO ABRAO BARROS DE OLIVEIRA**  
CNS: \_\_\_\_\_ Nascimento: 03/01/1990 Sexo: Masculino  
Mãe: MARIA DAS DORES SANTOS OLIVEIRA Pai: FRANCISCO ALAIDE DE OLIVEIRA  
Endereço: RUA OLHO DAGUA, 4 - EXTREMOZ - EXTREMOZ  
Município: EXTREMOZ Código Municipal IBGE: 240360 UF: RN

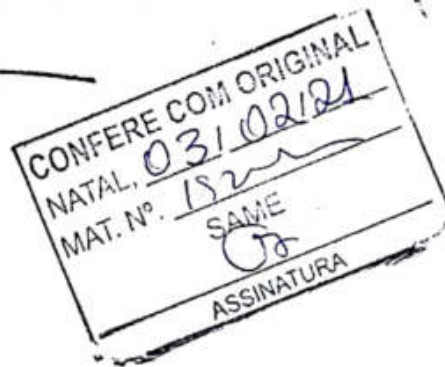
Prontuário:  
Cor: PARDA  
Fone: 981148462 /  
CEP: 59575-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 48635 / 2020

### JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

do e sangramento na mão esquerda após queda de moto



#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

o quadro clínico

#### RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

raio x da mão

#### Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S62.6 FRATURA DE OUTROS DEDOS\*408020342. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DAS FALANGE!

#### Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

MAO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

Diabetes  Hipertensão  Obesidade  Faz Antibioticoterapia  Lesão por pressão  Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

MARCONI MEDEIROS BRANDAO

Marconi M. Brandão  
Ortopedia  
CRM-ORP: \_\_\_\_\_

3642 / RN

Data da Solicitação 20/12/2020

#### PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

( ) Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_ Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_  
( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_ CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_  
( ) Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

#### AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

Número da Autorização: \_\_\_\_\_





### FICHA SOCIAL

Nome: **198260** - FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA Idade: 30 ano(s) 11 mes(es)  
 Nascimento: 03/01/1990 Naturalidade: RN MOSSORO Sexo: Masculino Cor: PARDA  
 RG: 2.355.728 CPF: 08374021403 CNS:  
 Profissão: SOLDADOR Estado Civil: SOLTEIRO Grau de Instrução: ENSINO MÉDIO OU 2º  
 Mãe: MARIA DAS DORES SANTOS OLIVEIRA Pai: FRANCISCO ALAIDE DE OLIVEIRA  
 Endereço: RUA OLHO DAGUA, 4 - EXTREMOZ - EXTREMOZ  
 CEP: 59575-000 Bairro: EXTREMOZ Cidade: EXTREMOZ  
 Telefone: (84) 981148462

Unidade: PS - ORTOPEdia Leito: 1007  
 Admissão: 20/12/2020 17:23 Alta:

### Informações sócio - econômicas e familiares

**Atividade desenvolvida:** SOLDADOR

- Trabalho c/ vínculo empregatício  Aposentado  Autônomo  BPC  Auxílio doença  
 Desempregado  Pensionista

**Renda familiar:**  Formal  Informal  Sem renda fixa  Ajuda de terceiros  
 Programas sociais  Até 1 sm  1 a 2 sm  2 a 3 sm  Acima de 4 sm

**Posição na família:** Responsável financeiro **Grupo familiar:** RESIDE SOZINHO

**Número de filhos com maior idade:** **Habitação:** Própria

### Informações do responsável

**Critérios de acompanhante:**  Sim  Não Qual o motivo?

**Pessoa com deficiência**  Auditiva  Física  Mental  Visual

**Responsável pelo paciente:** MARIA DAS DORES SANTOS OLIVEIRA

**Parentesco/afinidade:** Mãe

**Telefone:** 98114-8462/98123-4508

**Endereço do Responsável:**



### Dados complementares

**Paciente alega acidente de Trabalho**  Sim  Não **Empresa:**

**Adicção:**  Álcool  Fumo  Drogas  Psicotrópicos

**Feito cadastro de acompanhante:**  Sim  Não

### Observações gerais

Trata-se o Sr. Francisco Abraão, 30a., solteiro, soldador, reside sozinho, sofreu acidente com moto, sendo admitido pela ortopedia

Em anexo, cópia do RG com CPF, cartão do SUS e comprovante de endereço

**Profissional** LENILZE CRISTINA DA SILVA DIAS

*Lenilze Cristina da Silva Dias*  
 CRESS: RN 3198

**CRESS:** RN 3198

**Data:** 20/12/2020 17:55



Sole = 03

Extremoz/PA  
15



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO A. J. CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Francisco Abreu Barros de Oliveira

DATA DE NASCIMENTO: 12/01/1990 IDADE: \_\_\_\_\_

REGISTRO: 12760/20

DATA DE ADMISSÃO: 21/12/20 HORA: 8h

ADMISSÃO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: ortopedie

HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO () ACESSO CENTRAL ()

NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()

INCONSCIENTE: ()

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()

ALÉRGICO: SIM () NÃO () HIPERTENSO: SIM () NÃO ()

DIABÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()

DOENÇA RENAL: SIM () NÃO ()

OUTRAS PATOLOGIAS: Não

MEDICAÇÕES EM USO: \_\_\_\_\_

CIRURGIAS ANTERIORES: \_\_\_\_\_

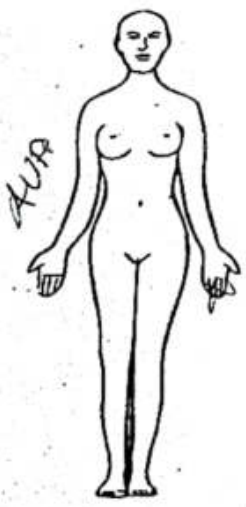
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()

OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

ÁREA DE TRICOTOMIA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

ÁREA DE PUNÇÃO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



PA = 163x - 4 umh  
SpO2 = 98%  
FC = 51 bpm

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL, 03/02/21  
MAT. Nº. 12  
SANE  
07  
ASSINATURA

JALECO Nº \_\_\_\_\_ ACESSO CENTRAL: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADO: Danielle Figueira

CIRCULANTE: Joanna Ferreira

TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDUAL () B.P.B. () LOCAL ()

OBS: Sedação + local

ANESTESISTA: Dr. Marcos

INÍCIO DE ANESTESIA: 8:15

TÉRMINO DE ANESTESIA: 9:15h

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: 0,5g de cefazolina + 0,5g de Diprospan

HORA: 9h Dr. Marcos

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



TIPO DE CIRURGIA: 08:20h  
 CIRURGIÃO: Dr. Mario Arnaut  
 AUXILIAR:  
 AUXILIAR:  
 AUXILIAR:  
 TIPO DE CIRURGIA: # cirurgia de fratura Exposta do 3º Dólar (E)

DURAÇÃO DE CIRURGIA: 08:30h  
 N° DA SONDA:  
 N° DA SONDA:  
 DRENAGEM VESICAL: SIM ( ) NÃO (X)  
 DRENAGEM NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO (X)  
 EXAMES LABORATORIAIS: SIM ( ) NÃO (X)  
 RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM ( ) NÃO (X) RX: SIM (X) NÃO ( ) Intubado  
 TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM ( ) NÃO (X) TIPO:  
 ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM ( ) NÃO (X) FEITO FICHA: SIM ( ) NÃO (X)  
 MEMBRO AMPUTADO: SIM ( ) NÃO (X) ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM ( ) NÃO (X)  
 ÓBITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM ( ) NÃO (X)  
 DESPREZADO NO LIXO: SIM ( ) NÃO (X) QUANTIDADE: 05  
 COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM ( ) NÃO (X) QUANTIDADE: 20  
 CAIXA CIRÚRGICA: SIM ( ) NÃO (X) OBS.: Material liberado

ÓBITO COMPLETA: SIM (X) NÃO ( ) OBS.:  
 RESPONSÁVEL PELA RCP: NÃO (X) HORA: REALIZADO RCP: SIM ( ) NÃO (X)  
 PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (X) UTI ( ) ALTA ( )  
 EM AR AMBIENTE: SIM (X) NÃO ( ) TRAQUEOSTOMIZADO: SIM ( ) NÃO (X)  
 ENTUBADO: SIM ( ) NÃO (X)  
 PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ( )

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (X) NÃO ( )  
 FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (X) NÃO ( )  
 OBSERVAÇÕES: not colocado em sala, acordado, com cat, oxetado, 19 monitorizado, anestesiado e dado início ao procedimento. PA=163x74 mmHg, spo2=93%, FC=51 bpm, paciente sob constante sedação + bocuf, cirurgia realizavel # cirurgia de fratura Exposta do 3º Dólar (E) terminada paciente encaminhada p/ a SRPA, acordado. PA=196x/86 mmHg, spo2=100%, FC=53  
 obs: terminados no posto, paciente encaminhado p/ a SRPA.

09:15h → 154x86 mmHg, FC=84 bpm

Taise R. Padilha  
 Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Jacina Ferriz  
 Assinatura do Circulante  
 ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Danielle Figueira  
 Assinatura do Instrumentado



**HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL**

Página 1 de 1

CCMV004\_R - Relatório de Cirurgia

Período 21/12/2020 09:03 a 21/12/2020 09:03

02/02/2021 08:19

FIA / BAA: 12760 / 2020

Paciente: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

Convênio: SUS

Categoria: GRATUITO

Unidade: RPA

Quarto / Leito: 1 / 723

Tipo de Cirurgia: 4

Prontuário: 1204220

Data Agendamento: 21/12/2020 09:00

Cirurgia: TTO CIR FRAT/LESAO FISARIA DAS FALANGES DA MAO (COM FIXACAO)

Data Realização: 21/12/2020 08:15

Potencial de Contaminação:

Cirurgião: MARIO ARNAUD MELO DE ABREU

Anestesista: MOISES SANTOS DE ARAUJO

Tipo Anestesia: SEDAÇÃO

Instrumentador:

Equipe:

Data do Relatório: 21/12/2020 09:03

Profissional:

- Relato da Cirurgia:
- 1- PACIENTE EM DDH, SOB SEDAÇÃO.
  - 2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
  - 3- CAMPEAMENTO ESTERIL
  - 4- BLOQUEIO TRONCULAR
  - 5- REALIZADA IRRIGAÇÃO COPIOSA DE FERIMENTO COM +- 7 LITROS DE SF 0,9%
  - 6- REALIZADO DESBRIDAMENTO MECANICO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
  - 7- SUTURA POR PLANOS
  - 8- CURATIVO ESTERIL
  - 9- TALA LUVA
  - 10- AO CRO
  - 11-FIM

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL, 03/02/21  
MAT. N°           
SAME  
[Assinatura]  
ASSINATURA







SESAP/RN - HOSPITAL MONSENIOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO



### BOLETIM ANESTÉSICO

Nome: **198260** - FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA Idade: 30 ano(s) 11 mes(es)  
 Nascimento: 03/01/1990 Naturalidade: RN MOSSORO Sexo: Masculino Cor: PARDA  
 RG: 2.355.728 CPF: 08374021403 CNS: Prof: SOLDADOR  
 Mãe: MARIA DAS DORES SANTOS OLIVEIRA Pai: FRANCISCO ALAIDE DE OLIVEIRA  
 Endereço: RUA OLHO DAGUA, 4 - EXTREMOZ - EXTREMOZ  
 Cidade: EXTREMOZ CEP:59575-000 Telefone: (84) 981148462

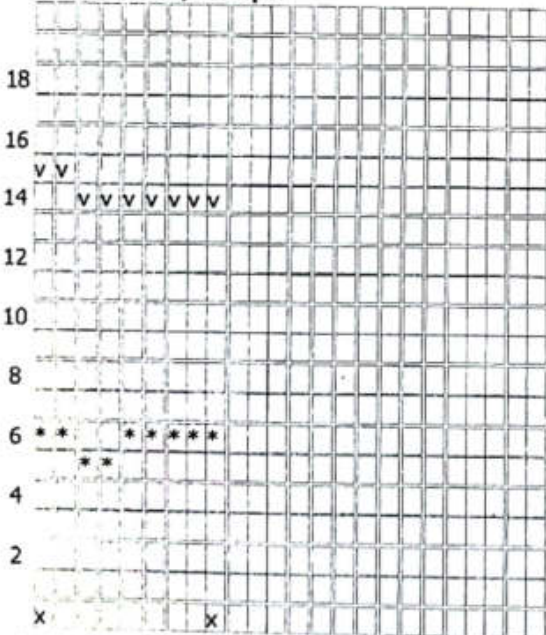
Internação: Atendimento: **12760/2020** Unid Hosp: **PS - ORTOPEDI** Leito: **1007**  
 Enfermeiro(a): Sala Cirúrgica **SALA 3**  
 Data boletim: **21/12/2020 09:06** Horário da Anestesia: Início: **08:30** Término: **09:00**  
 Alergia: **nega** Estado físico: **P1** Jejum: **18h**

Procedimento 1	Procedimento 2	Procedimento 3
Código: 408020342		
Descrição: TTO CIR FRAT/LESAO FISARIA DAS FALANGES		
Anestesia: SEDAÇÃO		
Cirurgião: MARIO ARNAUD MELO DE ABREU		
Anestesista: MOISES SANTOS DE ARAUJO		
Circulante:		
Instrument.:		
Início: 21/12/2020 08:15		
Término: 21/12/2020 08:55		
Auxiliar 1:		

CONFERE COM O  
 NATAL 03/02/21  
 MAT. Nº. 12  
 ASSINATURA

Drogas usadas: ASSINATURA  
 dipiroha 2g  
 cefazolinã 2g  
 SF 0,9% 1500ml  
 Fentanila 0,05mg 1ml  
 Propofol 300mg

#### Sinais vitais / Tempo



0408020342(2) S62.6  
 R\$ 192,60  
 0702031348  
 Obs: Nas encontrou Boletim

#### Informações adicionais

anestesia - bloqueio troncular em dedo da mao + sedacao  
 Doenças prévias: nao  
 Drogas em uso: nao  
 Saturação: 98 - 98 - 98 - 98 -98  
 Intercorrências (droga vasoativa, PCR, broncoespasmo): ndn

Destino do Paciente:  SRPA  UTI  Enfermari  
 Permanência extra em sala Tempo: Motivo:  
 Profissional: MOISES SANTOS DE ARAUJO  
 CRM: RN /3752

Mois S. Araujo  
 370



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 12760 /2020

Prontuário: 1204220

Paciente: 198260 - FRANCISCO ABRAO BARROS DE OLIVEIRA

Cartão SUS: CPF: 08374021403

Dt Nasc: 03/01/1990

Idade: 30 anos 11 meses 17 dias Sexo: M Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA DAS DORES SANTOS OLIVEIRA

Nome do pai: FRANCISCO ALAIDE DE OLIVEIRA

Rua/Av: OLHO DAGUA

Nº:4

Complemento:

Bairro: EXTREMOZ

CEP: 59575000

Cidade: EXTREMOZ

Telefone: 84 981148462 84 981148462

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1007

Responsável: FRANCISCO ABRAO BARROS DE OLIVEIRA -

Usuário: HEBERT GONCALVES DE OLIVEIRA

Admissão: 20/12/2020 17:23:49 Alta: 21/12/2020 Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S62.6 - FRATURA DE OUTROS DEDOS  
408020342 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL: 03/02/21  
MAT. Nº.   
SANE  
ASSINATURA

NATAL, 20 de Dezembro de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Digitalizado com CamScanner



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087497/21

**Vítima:** FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEII

**CPF:** 083.740.214-03

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 20/12/2020

**Titular do CPF:** FRANCISCO ABRAAO  
BARROS DE OLIVEIRA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA : 061.089.354-80

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

#### FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA : 083.740.214-03

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: 25/03/2021  
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA  
CPF: 061.089.354-80

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2021  
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA  
CPF: 026.685.584-92

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087497/21

Número do Sinistro: 3210103981

Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEI

CPF: 083.740.214-03

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO ABRAAO  
BARROS DE OLIVEIRA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

### 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: 09/06/2021  
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA  
CPF: 061.089.354-80

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/06/2021  
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA  
CPF: 026.685.584-92

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087497/21

Número do Sinistro: 3210103981

Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEI

CPF: 083.740.214-03

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO ABRAAO  
BARROS DE OLIVEIRA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

### 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: 14/05/2021  
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA  
CPF: 061.089.354-80

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2021  
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA  
CPF: 026.685.584-92

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087497/21

Número do Sinistro: 3210103981

Vítima: FRANCISCO ABRAAO BARROS DE OLIVEIRA

CPF: 083.740.214-03

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO ABRAAO  
BARROS DE OLIVEIRA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

### 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: 14/05/2021  
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA  
CPF: 061.089.354-80

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2021  
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA  
CPF: 026.685.584-92

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	Francisco Abraão Barros de Oliveira	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO:	Saldador	
IDENTIDADE:	002.355.728	CPF: 083.740.214-03
ENDEREÇO:	Rua Olho d'água nº 4 ZT:04, Centro Extremoz	

## OUTORGADO

NOME:	Marcondes Bernardino de Souza	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO:	Moto Boy	
IDENTIDADE:	1896734	CPF: 061.089.354-80
ENDEREÇO:	Rua Brasilício Camilo nº 122 Garanhuns	

DATA DO ACIDENTE: 20-12-2020. COBERTURA: Invalidez/Dano.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

Extremoz 22-02-2021.  
LOCAL E DATA

Francisco Abraão Barros de Oliveira  
ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

