

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ROBSON CUSTODIO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01469-9

CONTA: 000000033279-8

Nr. da Autenticação A064289129B3FA0D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200079004 **Cidade:** Areia Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ROBSON CUSTODIO DA SILVA **Data do acidente:** 11/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico com pneumoencefalo e fratura afundamento frontal direito. Contusão de tórax, sem fraturas. Ferida corto contusa em supercílio direito

Descrição do exame físico: Apresenta cicatriz de sutura em supercílio direito. Sem deficit funcional ou anatômico em face ou tórax . Refere cefaleia pós traumática , tonteira e distúrbio do sono. Sem deficit motor.

Resultados terapêuticos: Realizada sutura do ferimento e tratamento conservador para o TCE com internação por 12 dias, sem complicações. Alta definitiva.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/02/2020

Conduta mantida:

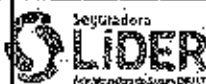
Observações:

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

[illegible]



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 922 32 08

SAC (para reclamações e registros, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central de Ouvidoria: 0800 021 91 33

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/DQCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CONIGO=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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, RESERVA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTERMEDIÁRIO DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM, POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu: Joselia Fonseca Vieira

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 068.548.934 / 30 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Robson C. da Silva

inscrito (a) no CPF sob o nº 322.357.634 / 85

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Francisco Robson C. da Silva

inscrito (a) no CPF sob o nº 322.357.634 / 85 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recebe Renda: Recebe e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Po Upanema de Cima</u>	Número: <u>4</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Upanema de Cima</u>	Cidade: <u>Areia Branca</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: <u>Não Possui</u>	CEP: <u>59655-000</u>	Tel. (DDD) <u>(81) 99827-0066</u>

Local e Data:

Monoró - PR 16/09/2019

x Joselia Fonseca Vieira

Assinatura do Declarante

FICHA DE ATENDIMENTO DE USUÁRIOS / SUS

SAME/RECEPÇÃO

NÚMERO DO CARTÃO SUS: 204286976780		NÚMERO DO ATENDIMENTO: 34	
NOME: Francisco Robinson Antunes da Silva		IDADE: 26a	
DATA DE NASCIMENTO: 27/08/1997	SEXO: M	NOME DA MÃE: Jozília Ferreira Vieira	
ENDEREÇO (RUA/AV): Rua de Lima		NÚMERO:	PROFISSÃO:
BAIRRO: Z. Rural	CIDADE: U. Branca	NATURALIDADE:	ESTADO: RN
TELEFONE: 9634	ACOMPANHANTE: a mãe	DATA: 10/08/19	HORA: 22:00
MOTIVO DA PROCURA: acidente de trânsito		RUBRICA DO SERVIDOR: [assinatura]	

ACOLHIMENTO / TRIAGEM / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ENFERMAGEM)

QUEIXAS:	INÍCIO (DIAS/HORAS):
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: HAS () DM () OUTROS:	
ANTECEDENTES ALÉRGICOS:	
SINAIS VITAIS/DADOS INICIAIS: Peso: _____ Kg Temp.: _____ °C P.A.: 120 x 90 mmHg F.C.: 70 BPM F.R.: _____ RPM SpO2: 100 % H.G.T.: _____ Mg/Dl Escala de Glasgow: _____ PTS.	
TIPO DE ATENDIMENTO: () Emergência () Urgência () Urgência leve () Não urgência	CLASSIFICAÇÃO:

ANAMNESE (MÉDICO)

Paciente com história de quedas mobilidade com dor e ferida na cabeça e braço direito.

EXAME FÍSICO (MÉDICO)

Paciente alertável.

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (MÉDICO)

LABORATÓRIO: () Hc () Eas OUTROS:
() ECG OUTROS:

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S): TRAUMA NO TÓRAX
TRAUMA NO CABEÇA

CID:

(COMUNICAR/NOTIFICAR, SE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA)

CONDUTA: () Medicação + Alta () Medicação + Observação () Procedimento + Alta
() Internação no próprio hospital () Orientações

MÉDICO: (Carimbo e Assinatura)

[assinatura]

FICHA DE ATENDIMENTO DE USUÁRIOS / SUS

SAME/RECEPCÃO

NÚMERO DO CARTÃO SUS: 109 2042 569 1730		NÚMERO DO ATENDIMENTO: 34	
NOME: Franco Kalron Curitiba da Silva		IDADE: 21a	
DATA DE NASCIMENTO: 10/08/97	SEXO: M	NOME DA MÃE: Fozilha Fozza Nuno	
ENDEREÇO (RUAYAV): Alameda de Lima	NÚMERO: 1730	PROFISSÃO:	
CIDADE: U. Branca	NATURALIDADE:	ESTADO: RN	
TELEFONE: 1234	ACOMPANHANTE: a mãe	DATA: 10/08/19	HORA: 22:00
TÍTULO DA PROCURA: Acidente de Trabalho		RUBRICA DO SERVIDOR:	

ACOLHIMENTO / TRIAGEM / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ENFERMAGEM)

EXAS:	INÍCIO (DIAS/HORAS):
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: HAS () DM () OUTROS:	
ANTECEDENTES ALÉRGICOS:	
DADOS VITAIS/DADOS INICIAIS: Peso: _____ Kg Temp.: _____ °C P.A.: 120 x 90 mmHg F.C.: 70 BPM	
R.: _____ RPM SpO2: 100 % H.G.T.: _____ Mg/Dl Escala de Glasgow: _____ PTS.	
TIPO DE ATENDIMENTO: () Emergência () Urgência () Urgência leve () Não urgência	CLASSIFICAÇÃO:

ANAMNESE (MÉDICO)

Paciente com história de colapso no 1º e 2º graus com dor e febre na cabeça e dor no tórax.

EXAME FÍSICO (MÉDICO)

Paciente consciente.

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (MÉDICO)

LABORATÓRIO: () HC () EAS OUTROS:
() ECG OUTROS:

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S): TRAUMA NO TÓRAX TRAUMA NA CABEÇA	CID:
(COMUNICAR/NOTIFICAR, SE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA)	
CONDUTA: () Medicação + Alta () Medicação + Observação () Procedimento + Alta () Internação no próprio hospital () Orientações	MÉDICO: (Carimbo e Assinatura)

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 46902 - FRANCISCO ROBSON CUSTODIO DA SILVA (22 a 1 m 14 d)
 Nascimento: 27/06/1997 Natural: AREIA BRANCA, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
 CNS: 704204281971780 CPF: 12215763485 Prof:
 Mãe: JOSELIA FONSECA VIEIRA Pai: ROBSON CUSTODIO DA SILVA
 Logradouro: COQUEIRO, 82
 CEP: 59655000 Bairro: UPANEMA DE CIMA Cidade: AREIA BRANCA
 Telefone: 84.91385063 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO Tipo: REGULADO
 Origem: AMBULANCIA OUTRO *Empresa:

OBS: regulado por Rr. Ruldemberg, crm: 1619

Classificação:

PESO:

11/08/2019 22:50:34

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	130x90		98%			86			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: trauma de face e dor torácica, consciente e orientado em ar ambiente.

Hora: 23:12

Paciente refere trauma moto - carro há 1 hora. Nega vômito, sem perda de consciência. Veio ao serviço sem protocolo de SAMU. Acompanhado pela esposa. Paciente sonolento após ingestão de álcool. Nega comorbidades e alergias. Apresenta minimevergia.

A: Vias aéreas patentes, sem crepitações.

B: mV+ mas diminuída à esquerda. Sem ausculta de RA. 98% de SatO2.

C: Estômago hipoacusticamente, abdome indolente e flácido à palpação. FC: 86%
E: Pálpebras.

D: Glasgow 15. Pupilas (não testadas). Paciente sob efeito de bebida alcoólica.

E: Corte em supercílios D. Escaração em região peritórax E, referendo dor no local.
Hematomas D.

Diagn. Inicial: Trauma automobilístico (TCE), trauma torácico.

PRESCRIÇÃO:

	VIA	HORARIO	ASSINT.
1) Rota zero.			
2) TC crânio, face e coluna cervical.			
3) Rx de Tórax.			
4) Avaliação de BMF			
5) Solicito parecer da NCR.			
6) Reavaliação da cirurgia geral após exames.			
12/08-00:09h - Cirurgia Geral			
Radiografias de tórax e pelvis sem anormalidades detectadas.			
Em observação.			

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

CID: S02.7 Proc. 04.03.01.026-8 Data: 12/08/19. Hr: 00:30 Médico:

*Gerado via SK por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 11 de Agosto de 2019.

(Assinatura Carimbar)

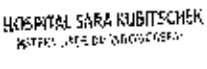
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
AME MOSSORÓ 29/08.2019

SAME / ARQUIVO

Moisés Felipe
Neurocirurgia
CRM 7579 RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO FARIAS
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
AREIA BRANCA 11/08/2019

SAME / ARQUIVO

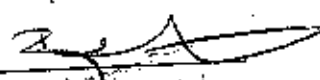
 SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL SARA RUBITSCHEN
HISTÓRIA CLÍNICA

RECEITUÁRIO MÉDICO

Francisco Roberto Corrêa
da Silva

Paciente sofreu com
de um trauma e
sofreu trauma na
cabeça e no tórax.
Após trauma forte e
forte e cabeça,
eletricamente.
T.A. 120/80 mmHg

MO - TRAUMAS NA CABEÇA
TRAUMA NO TÓRAX
EC - 20
SPO2 - 100% BA
Areia Branca, RN 11/08/2019


Médico CRM 16319

Endereço do paciente:
Rua: _____ Nº _____
Bairro: _____
Rua Joao Felix, 120 - Centro - CEP 59.655-000
Fone: (84) 3332-4936 / 3332-4937
Areia Branca - Rio Grande do Norte

NCR

pendente de nota
Hicoblogado
Os 14, sem deparar.

PC wário: Pneumocópulo Frontal dorso
brake /apendemento com envolvimento do nio
frontal.

Cd: Disfermagis

Moisés Felipe
Neurocirurgia
CRM 7579 RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 29.08.2019
B116.
SAME / ARQUIVO



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 46902 - FRANCISCO ROBSON CUSTODIO DA SILVA (22 a 1 m 14 d)

Nascimento: 27/06/1997

Natural: AREIA BRANCA, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 704204281971780

CPF: 12215763485

Prof:

Mãe: JOSELIA FONSECA VIEIRA

Pai: ROBSON CUSTODIO DA SILVA

Logradouro: COQUEIRO, 82

CEP: 59655000

Bairro: UPANEMA DE CIMA

Cidade: AREIA BRANCA

Telefone: 84.91385063

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS: regulado por Rr. Ruidemberg, cm: 1619

Classificação:

11/08/2019 22:50:34

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	130x80		98%			86			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: trauma de face e dor torácica, consciente e orientado em ambiente.

Hora: 23:12

Paciente refere trauma moto - carro há 1 hora. Não vem com uma massa de capote. Vio ao serviço sem protocolo de SAMU. Acompanhada pela vítima. Paciente sentindo após ingestão de álcool. Não comorbidades e alergias. Apresenta minoração. A. V. com pinças, sem comorbidades. D. m. d. mas diminuída à esquerda. Sem comorbidades de RA. 98% de SatO2. C: Estômago hipoacusticamente, abdome indolor e flácido à palpação. FC: 86%. D: Glasgow 15. Pupilas (não testadas). Paciente sob efeito de bebida alcoólica. E: Coste em supinação. Escarificação em região posterior E, referindo dor no local. Blisters em tórax e E.

Diagn. Inicial: Trauma multissistêmico (TCE, trauma torácico).

PRESCRIÇÃO:

	VIA	HORARIO	ASSINT.
1) Rota-giro.			
2) TC crânio, face e coluna cervical.			
3) Rx de Tórax.			
4) Medicação da PMF.			
5) Solicito parecer da NCR.			
6) Realização da cirurgia geral após exames.			
12/8 - 00:05h - Cirurgia Geral			
Radiografias de tórax e pelve sem anormalidades detectadas.			
Em observação.			

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

CID 5027 Proc. 04.03.01.026-8 Data: 12/08/19. Hr: 00:30

Médico:

*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 11 de Agosto de 2019.

(Assinatura e Carimbo)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

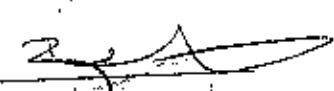
AME MOSSORÓ

29/08/2019

Moisés Felipe
Neurocirurgião
CRM 7579

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO F. ALA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
AREIA BRANCA 30/08/2019

BAME / ARQUIVO

AREIA BRANCA	SECRETARIA DE SAÚDE	HOSPITAL SARA KUBITSCHEK CENTRO DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA	90 ANOS
RECEITUÁRIO MÉDICO			
Francisco Roberto Amorim da Silva			
Paciente sofreu um de impacto x cabeça e sofreu trauma na cabeça e no tórax. Após dois dias em fórmula e cabeceira elevar-se.			
T.A. 120/80 mmHg			
HID - TRAUMAS NA CABEÇA TRAUMAS NO TÓRAX FC - 70 SpO2 - 100% AA			
Areia Branca, RN 11/08/2019			
 Médico: CRM 16219			
Endereço do paciente:			
Rua:			Nº
Bairro:			
Rua João Felix, 120 - Centro - CEP 59.655-000 Fone: (84) 3332-4936 / 3332-4937 Areia Branca - Rio Grande do Norte			

Prontuário: 209098



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **FRANCISCO ROBSON CUSTUDIO DA SILVA** (Fia: 4233/2019), CPF:12215763485.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 12 de Agosto de 2019.

K. Jozelia Fonseca Vieira

Paciente ou responsável

NOTA: O presente documento
é válido apenas para fins de
autorização.

DATA: 12/08/19

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 30/08/2019
S.M.

SAME / ARQUIVO

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES
2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES
2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
FRANCISCO ROBSON CUSTUDIO DA SILVA (8 - 4233/2019)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
209098

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
704204281971780

8 - DATA DE NASCIMENTO
27/06/1997

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
JOSELIA FONSECA VIEIRA

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
DDD 84 91385063

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
FRANCISCO ROBSON CUSTUDIO DA SILVA

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
DDD 84 91385063

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
COQUEIRO, 82 / - UPANEMA DE CIMA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
AREIA BRANCA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
240110

18 - UF
RN

19 - CEP
59655000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Afundamento de crânio
Após acidente de moto sem capacete e alcoolizado.*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Arma de fogo.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

TC de crânio

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURAS MÚLTIPAS ENVOLVENDO OS OSSOS DO CRÂNIO E DA FACE

24 - CID 10
PRINCIPAL
S02.7

25 - CID 10
SECUNDÁRIO

26 - CID 10
CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CRÂNIO COM AFUNDAMENTO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
403010268

29 - CLÍNICA

CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

MOISES FELIPE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/08/2019

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORO 50 08/2019
BWA

(X) CNS () CPF

980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

SANE / ARQUIVO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Francisco Robson Idade: 40 N° Reg.
Serviço: Enfº: alec Leito: geral

AO SERVIÇO: Cardiologia

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

folhas nos 3 exames

Desem - Quarta -

Desem.

Mossoró, 12 de 08 de 20 19

Dr. Valmir Braga de Araújo
Gargão Bucu-Mossoró-RN
C.R.M. 3671 - C.O. 3697
Médico que solicita o parecer

PARECER: Exame Ausculta BME Sem ruído
ou batos de ruído cardíaco
Exame físico normal PA = 120 x 80 mmHg
ECG - Dentro da normalidade

Recomendação: Nova cirurgia de

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ENTE CONFORME O ORIGINAL
EM MOSSORÓ 30/08/2019

Arturo Rosado de Miranda
Cardiologista Titularista
CRM 1667

12/08/19

SAME/ARQUIVO

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

PACIENTE: Francisco Robson Custódio da Silva

DIAGN: Fratura com afundamento frontal direito + pneumocrânio não hipertensivo

DI: 12/08/2019

DATA: 12/08/2019

Admissão: Queda de moto sem capacete, alcoolizado. Glasgow 14 (desorientação).

EF: G14, sem déficits. Pupilas iso/foto +.

OD: Sintomáticos. Jejum. Exames lab

1.	Dieta zero	
2.	SF 0,9% (500ml) + Glicose 50% (5amp), IV, 12/12h	
3.	Omeprazol 40mg IV 1x/dia	
4.	Dipirona 02ml + ABD 08ml EV 6/6h, lento, fixo	
5.	Plasil 2ml + ABD 18ml EV 8/8h, lento, se náuseas ou vômitos	
6.	Dexametasona 4mg. 1ml + 19ml de ABD, IV lento, 8/8h	
7.	Fenitoína 50mg/ml. 2ml + 18ml ABD, IV, lento, 8/8h	
8.	Cabeceira elevada	
9.	Curativo diário	
10.	Acompanhamento da cirurgia bucomaxilofacial	

11. TC de crânio de controle em 12h
de hoje.

Moisés Felipe
Neurocirurgia
CRM 7579 RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
DE MOSSORÓ 20/08/2019
B. M.
SAME / ARQUIVO

301-2

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

208.1

PACIENTE: Francisco Robson Custódio da Silva

DIAGN: Fratura com afundamento frontal direito + pneumocrânio não hipertensivo

DI: 12/08/2019

DATA: 16/08/2019

Sem queixas neurológicas.

EF: G15, sem déficits. Pupilas iso/foto +. Blefarohematoma à direita. Sem sinais de fistula LCR

TC de controle (16/8): sem incremento das lesões hemorrágicas.

CD: Alta da NC com orientações. Transfiro para BMF para definição de tratamento cirúrgico de fraturas de face

1.	Dieta livre	
2.	Dipirona 45gt VO 6/6h SN	SN
3.	Plasil 2ml IM 8/8h ,se náuseas ou vômitos	SN
4.	Cabeceira elevada	
5.	Alta da Neurocirurgia	
6.	Acompanhamento da cirurgia bucomaxilofacial	
7.	CLINICA micia A 600mg iv - 06/06/19	10/10/22 09
8.	OMEFAM 200 - 400mg iv - 01 x 48h	06/19
9.		
10.		

Dr. José Paulo Sobrinho
CIRURGIÃO DENTISTA
CRM-1326

BMF - 16-08-2019

André Lima Batista
Neurocirurgião Endovascular
CRMN: 4119

PACIENTE COM ALTA DA NCR. AGUARDA ATO CIRÚRGICO RECONSTRUTIVO DE PAREDE ANTERIOR DE SEIO FRONTAL. TRANSFERIR PARA CLÍNICA CIRÚRGICA.

Dr. José Paulo Sobrinho
CIRURGIÃO DENTISTA
CRM-1326

CRM: 1326

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
ME MOSSORÓ 30/10/2019

SAME / ARQUIVO

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: FRANCISCO ROBSON CUSTÓDIO DA SILVA 22 ANOS

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 301-1

DATA DA ADMISSÃO: 12-08-2019

DATA	EVOLUÇÃO
23-08-2019	Paciente aguardando tratamento cirúrgico de fratura do esqueleto fixo da face, apresentando-se estável, deformidade em face compatível com padrão de fratura, edema facial em involução, eupnéico, mucosas coradas, pulsos carotídeos cheios, sem queixas clínicas importantes. Segue em acompanhamento hospitalar.

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VO livre	
2	SF 0,9% 1000 mL EV	10 30
3	SG 5% 500 mL EV	20
4	Oxacilina 2g EV 4/4h	14 18 22 02 06 10
5	Comp B + Vit C 1 ampola no Soro 1x ao dia	10
6	OMEPRAZOL 40 MG EV /DIA LENTO	06
7	Tilatil 40 mg + ABD EV 12/12h	22 10
8	Dipirona 2 mL + 8 mL ABD EV 6/6h	16 22 04 10
9	Estimular higiene oral e corporal	
10	Ordenha e curativo em FO 3x ao dia ou a critério da enfermagem	
11	SSVV + CCGG	
12	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA CÓPIA CONFORME O ORIGINAL EM MOSSORÓ 30/08/2019	Dr. Miguel Fernandes Araújo Médico 81771-0 ORDEN 1081
13	SAME / ARQUIVO	
14		

PAIS DO EMITENTE DO TERTORIO NACIONAL

3115879 1 VIA 27/11/2008

FRANCISCO ROBSON CUSTODIO DA SILVA

ROBSON CUSTODIO DA SILVA

JOSELIA PONSEGA VIEIRA

AREIA BRANCA RN 27/08/1957

CERT NASC No 15030 L 60 P 252

AREIA BRANCA RN 02 CAROTIDIO

LEIN 3116 DE 2008

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

Assinatura: *Francisco Robson Custodio da Silva*

CARTERA DE IDENTIDADE

VITIM 2

MINISTERIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

122.157.634-85

Nome

FRANCISCO ROBSON CUSTODIO DA SILVA

Nascimento

27/08/1997

VALIDO JUNTAMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

**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: **3200079004**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO ROBSON CUSTODIO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

POVOADO UPANEMA DE CIMA, 04 - Areia Branca - RN - CEP 59655-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /RN**] **003.115.879**

Data e local do acidente: [**11/08/2019**] **rua coronel Liberalino, areia Branca,RN**

Data e local do exame: [**27/02/2020**] **Mossoró** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Traumatismo cranioencefálico com pneumoencéfalo e fratura afundamento frontal direito. Contusão de tórax, sem fraturas. Ferida corto contusa em supercílio direito

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

Apresenta cicatriz de sutura em supercílio direito. Sem deficit funcional ou anatômico em face ou tórax . Refere cefaleia pós traumática , tonteira e distúrbio do sono. Sem deficit motor.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Realizada sutura do ferimento e tratamento conservador para o TCE com internação por 12 dias, sem complicações. Alta definitiva.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Dano neurológico

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela 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.

Região Corporal (Sequela):

Sistema Nervoso Central

% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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



Dr. Luis F. C. Nascimento
ORÇAMENTISTA E TERAPISTA FISIOTERAPÊUTICO
CRM 4863

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN

A seguradora

Eu FRANCISCO ROBSON CUSTODIO DA SILVA de CPF: 122.157.634-85, solicito que seja dado continuidade ao processo. Pois Não estou fazendo tratamento e não tenho mais nenhuma documentação medica hospitalar para apresentar, pois toda que tinha já enviei. Fico no aguardo da **marcação de perícia medica.**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: FRANCISCO ROBSON CUSTODIO DA SILVA
 NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 PROFISSÃO: Autônomo
 IDENTIDADE: 3115879 CPF: 122 157 634-85
 ENDEREÇO: UPANEMA DA CIMA ZONA RURAL 04. AREIA BRANCA RU

OUTORGADO

NOME: JOSELIA FONSECA VIEIRA
 NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRA
 PROFISSÃO: Autônoma
 IDENTIDADE: 002 507 651 CPF: 068 548 434-30
 ENDEREÇO: UPANEMA DA CIMA ZONA RURAL N.º 4. AREIA BRANCA RU

NOME DA VÍTIMA: FRANCISCO ROBSON CUSTODIO DA SILVA

DATA DO ACIDENTE: 11/08/2019 COBERTURA: Invalidez

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 dos disponibilizados ao outorgado.

Monçelo - RJ 33/09/2019
 LOCAL E DATA

Francisco Robson Custodio da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



OFÍCIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS
 R. da Joazeiro Nogueira, 60 - Tijuca (Cidade) - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20.040-020
 E-MAIL: ofun@rio.rj.gov.br

RECONHECER POR AUTENTICIDADE a assinatura de: Francisco Robson Custodio da Silva
 Reconhecido em: 33/09/2019
 Selo Digital: 25224900953725822537
 Areia Branca - RJ, 05 de Setembro de 2019 às 15:19
 O/º: Ademir Enel 2.03.155/000-04 - E-MAIL: ademir.enel@rio.rj.gov.br

Substituta
 CPF: 876.879.804-44

Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200079004

Vítima: FRANCISCO ROBSON CUSTODIO DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSELIA FONSECA VIEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ROBSON CUSTODIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200079004

Vítima: FRANCISCO ROBSON CUSTODIO DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSELIA FONSECA VIEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO ROBSON CUSTODIO DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200079004

Vítima: FRANCISCO ROBSON CUSTODIO DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSELIA FONSECA VIEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ROBSON CUSTODIO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: FRANCISCO ROBSON CUSTODIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000001469-9

Conta: 0000033279-8

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2- Nº do sinistro ou ASL:	3- CPF da vítima: 122.157.634-85	1- Nome completo da vítima: Francisco Robson C. da Silva
---------------------------	-------------------------------------	---

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

5 - Nome completo: Rafael Roberto Custodio da Silva 122 157.634-89

7 - Profissional	Autônomo	8 - Endereço:	Po. Upanema de Cima	9 - Natureza:	10 - Casa	11 - Estrada:	12 - CEP:
------------------	----------	---------------	---------------------	---------------	-----------	---------------	-----------

11-1 Upanema de Cima 12- Cidade: Areia Branca 13- 70 14- 59655-000
15- Tel (DDD): 59655-0000

15.- E-mail: Não Possui 184141824-0000

12. Nome completo do Representante legal:

18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissional 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: ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A 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

Nome do BANCO: Banco do Brasil

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3469 9 CONTA: 33.279 8

AGENCIA	CONTA	(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	Número de pedido de indenização/reembolso da Seguro DPVAT			

Autorizo a quem eu a Seguradora L&A a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor do prêmio devido, assim como a efetuar o cancelamento do crédito, quando necessário, 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 a documentação exigida para a obtenção do Seguro DPVAT por inválidez permanente, uma vez que assinalei uma das opções:

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o processamento do presente requerimento, para verificação de carência de seguro, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação de carência de seguro, bem como a apresentação de exames necessários para a avaliação médica, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a totalidade dos procedimentos de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, e não dispõe do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo: _____

28 - Você tem filhos? ☐ Sim ☐ Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____	30 - Você deixou nascituro(s) vivo(s)? ☐ Sim ☐ Não	31 - Você tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____
33 - Você já teve algum relacionamento sexual com alguém que não fosse sua esposa(o) ou parceira(o)? ☐ Sim ☐ Não				

Estou ciente de que a Seguradora Lido pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se enquadram nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da aplicação das penalidades previstas no Código Penal.

38 - 1ª } Nome: _____

35 - Nome legível de quem assina a roga/a pedido _____

Assinatura da testemunha

39-21 Nome: _____

CPF: _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

42- Assinatura do Representante Legal, (se houver)

FPS.001 V002/2019

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/09/2019 - Autoatendimento - 14:17:08
636073129 - 0743

COMPOSANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - CHEQUE

FAVORECIDO FRANCISCO R.C. SILVA
AGENCIA: 1489-9
CONTA: 33.279-8
VALOR: 
NR. ENVELOPE: 11272-729-274

* Acolhido em: 18/09/2019, na Agência 6360-7.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depósitos realizados durante o expediente bancário serão conferidos e processados até as 23h59 do mesmo dia. Após o expediente bancário, aos sábados, domingos e feriados, até as 23h59 do primeiro dia útil subsequente.

Cheques estão sujeitos aos prazos legais de compensação e devolução.

Se houver divergência no valor depositado, o envelope será processado pelo valor apurado. Envelopes vazios não serão abertos e permanecerão disponíveis por 60 dias na agência onde foi depositado para visualização.

Acompanhe o processamento do seu depósito nos canais BB na opção "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletrônica
Central de atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regiões metropolitanas)
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento, entre outras informações.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
SESED - DEGEPO - DPCIN - 2ª DRPC
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE AREIA BRANCA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 525/2019

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito.

Data e horário do fato: 11/08/2019, por volta às 21h50min.

Local da Ocorrência: Rua Coronel Liberalino, próximo a pizzaria Brilhante, centro, Areia Branca/RN.

COMUNICANTE: FRANCISCO ROBSON CUSTODIO DA SILVA, RG 3115879/RN, brasileiro (a), solteiro, autônomo, natural de Areia Branca/RN, nascido aos 27/08/1997, com 22 anos de idade. Filho (a) de Robson Custodio da Silva e de Josélia Fonseca Vieira, Residente e domiciliado na Rua Coqueiros, Upanema de Cima, Nº 82, zona rural de Areia Branca/RN TEL (084) 9 9138-5063.

VÍTIMA(S): A COMUNICARTE.

ACUSADO(S): A ESCLARECER.

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: Aduz a declarante, ora vítima, que estava trafegando pela pista de rolamento sentido Centro, pilotando uma motocicleta, licenciada em nome de SANDRA CUSTODIO DA SILVA SOARES, de marca/modelo HONDA/BIZ 110i, de cor VERMELHA, ano de fabricação 2017/2017, RENAVAM 01112327247, CHASSI *****207344, PLACA QGI 9222-AREIA BRANCA/RN, quando um carro não identificado, colidiu na lateral da motocicleta QUE o declarante/vítima pilotava, fazendo com que o mesmo viesse cair no solo, que fora socorrido por populares. QUE foi atendido no HOSPITAL SARA KUBITSCHKE e caminhado ao HTRM de Mossoró. Nada mais.

DOCUMENTOS EM AEXO. PRONTUÁRIO atendimento do HOSPITAL SARA KUBITSCHKE em AREIA BRANCA/RN e NO HTRM em Mossoró/RN, DOCUMENTOS PESSOAIS.

OBS.: O comunicante se responsabiliza pelas informações contidas, no presente Boletim de Ocorrência, sob pena de responsabilidade criminal, com vistas no art. 340 do CPB.

Areia Branca/RN, 06 de Setembro de 2019.

Francisco Robson Custodio da Silva
Comunicante

Delegado Alves Lima
99.933-9
Polícia Regional
Escritório

Rua Desembargador Filgueira, sn, Centro, Areia Branca
CEP 59.850.000 – Telefone: 84-3332.5045
Email: dmareiabranca@rn.gov.br



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do SINISTRO ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Francisco Robson C. da Silva

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

5 - Nome completo: Francisco Robson Custodio da Silva 6 - CPF: 122.357.634-85
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Po Upanema de Cima 9 - Número: 4 10 - Complemento: Casa
11 - Upanema de Cima 12 - Cidade: Areia Branca 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59655-000
15 - E-mail: Não Possui 16 - Tel. (DDD): (84) 99827-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ 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 (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 3469 9 CONTA: 33.279 8

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (vivo(s))? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

10/02/2016 - RN 36/09/2019
X Francisco Robson Custodio da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FICHA DE ATENDIMENTO DE USUÁRIOS / SUS

SAME/RECEPÇÃO

NÚMERO DO CARTÃO SUS: 104 2042 5197 6780		NÚMERO DO ATENDIMENTO: 34	
NOME: Francisco Kelson Antunes da Silva		IDADE: 21a	
DATA DE NASCIMENTO: 27/08/97	SEXO: M	NOME DA MÃE: Fozilha Ferreira Viana	
ENDEREÇO (RUA/AV): Rua da Liberdade	NÚMERO: 123	PROFISSÃO:	
BAIRRO: Z. Rural	CIDADE: U. Branca	NATURALIDADE:	ESTADO: RN
TELEFONE: 9634	ACOMPANHANTE: a mãe	DATA: 30/08/19	HORA: 22:00
MOTIVO DA PROCURA: acidente de trânsito		RUBRICA DO SERVIDOR: [assinatura]	

ACOLHIMENTO / TRIAGEM / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ENFERMAGEM)

QUEIXAS:	INÍCIO (DIAS/HORAS):
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: HAS () DM () OUTROS:	
ANTECEDENTES ALÉRGICOS:	
SINAIS VITAIS/DADOS INICIAIS: Peso: _____ Kg Temp.: _____ °C P.A.: 120 x 90 mmHg F.C.: 70 BPM	
F.R.: _____ RPM SpO2: 100 % H.G.T.: _____ Mg/Dl Escala de Glasgow: _____ PTS.	
TIPO DE ATENDIMENTO: () Emergência () Urgência () Urgência leve () Não urgência	CLASSIFICAÇÃO:

ANAMNESE (MÉDICO)

Paciente com história de epilepsia com crises parciais e generalizadas há alguns anos, sem tratamento adequado.

EXAME FÍSICO (MÉDICO)

Paciente consciente.

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (MÉDICO)

LABORATÓRIO: () HJC () EAS OUTROS:
() ECG OUTROS:

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S): TRAUMA NO TÓRAX
TRAUMA NA CABEÇA

CID:

(COMUNICAR/NOTIFICAR, SE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA)

CONDUTA: () Medicação + Alta () Medicação + Observação () Procedimento + Alta
() Internação no próprio hospital () Orientações

MÉDICO: (Carimbo e Assinatura)

[assinatura]