



Número: **0800831-72.2020.8.20.5113**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Areia Branca**

Última distribuição : **21/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO ROBSON CUSTODIO DA SILVA (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58362 271	05/08/2020 13:29	<a href="#">2741008_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Documento de Comprovação

# 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 pneumoencéfalo 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
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>







**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 identificações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h)  
Cajalé e regístris metropolitanas: 4020-1596 / Outras regístris: 0800 022 32 08

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 1800 022 12 06 | Central Gravada: 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&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 do feio 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>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PLEVIDÊNCIA PRIVADA ÁREA 1, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTERIANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TBM, 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: Revisor Renda: Revisor e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço: <u>R. Upanema de Cima</u>	Número: <u>4</u>	Complemento: <u>Caru</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>(84) 99827-0066</u>

Local e Data: Monóvia - PR 30/09/2019


Joselia Fonseca Vieira  
Assinatura do Declarante

DLDR\_L001\_V001/2017



**FICHA DE ATENDIMENTO DE USUÁRIOS / SUS**

**SAME/RECEPÇÃO**

NÚMERO DO CARTÃO SUS: <u>204 2042 869 + 6780</u>		NÚMERO DO ATENDIMENTO: <u>34</u>	
NOME: <u>Francisco Robinson Curitiba da Silva</u>		IDADE: <u>26a</u>	
DATA DE NASCIMENTO: <u>27/10/1997</u>	SEXO: <u>M</u>	NOME DA MÃE: <u>Fozilva Fonseca Moura</u>	
ENDERECO (RUA/AV.): <u>Aracema de Lima</u>		NÚMERO:	PROFISSÃO:
BAIRRO: <u>Z. Luvol.</u>	CIDADE: <u>It. Branca</u>	NATURALIDADE:	ESTADO: <u>RN</u>
TELEFONE: <u>9254</u>	ACOMPANHANTE: <u>a mãe</u>	DATA: <u>30/08/19</u>	HORA: <u>22:00</u>
MOTIVO DA PROCURA: <u>acidente de moto</u>		RUBRICA DO SERVIDOR: 	

**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.: <u>120x90</u> mmHg F.C.: <u>70</u> BPM	
F.R.: _____ RPM SpO2: <u>100</u> % 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 colheita no tórax e  
com com dor e ferida na cabeça e dor  
na torção.

**EXAME FÍSICO (MÉDICO)**

Paciente aleator.

**EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (MÉDICO)**

LABORATÓRIO: ( ) Hc ( ) JEAS 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)






SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL SARA KUBITSCHEK  
MATERNIDADE DR. WILON CABRAL



FICHA DE ATENDIMENTO DE USUÁRIOS / SUS

SAME/RECEPÇÃO

NÚMERO DO CARTÃO SUS: 109 2042 569 + 1730 NÚMERO DO ATENDIMENTO: 34  
 NOME: Franco Kallron Custodia da Silva IDADE: 21a.  
 DATA DE NASCIMENTO: 11/08/1997 SEXO: M. NOME DA MÃE: Fozilha Fozza Nuno  
 ENDEREÇO (RUA/AV): Av. Aracaju Nº 1000 Nº: 1000 PROFISSÃO:  
 R.R.O.: 2.600.10. CIDADE: U. Branca NATURALIDADE: ESTADO: RN  
 EPON: 1239 ACOMPANHANTE: a mãe DATA: 31/08/19 HORA: 22:00  
 TIPO DA PROCURA: acidente de trânsito RÚBRICA 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  
 P.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 dor: de natureza móbil e  
 com dor e febre na cabeça e dor  
 nos braços.

EXAME FÍSICO (MÉDICO)

Paciente aleve.

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (MÉDICO)

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

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

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 Cidade: AREIA BRANCA  
 CEP: 59635000 Bairro: UPANEMA DE CIMA  
 Telefone: 84.91385063 Compl:

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

OBS: regulado por Rr. Ruldemberg, crm: 1619					Classificação: 11/08/2019 22:50:34			PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FlO2	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: 13:12  
 Paciente refere trauma moto-carro há 1 hora. Nega vômitos, sem perda de consciência. Veio ao serviço sem protocolo de SAMU. Acompanhado pela esposa. Paciente sorrelento após ingestão de álcool. Nega comorbidades e alergias. Apresenta hemorragia.  
 A: Vias aéreas patentes, sem crepitações.  
 B: mv (+) mas diminuída à esquerda. Sem ausculta de RA. 98% de SatO2.  
 C: Estado hemodinamicamente estável e flocido à palpção. FC: 86%  
 D: Glasgow 15. Pupilas (isocóricas) reage sob efeito de bebida alcoólica.  
 E: Costas em arqueado. Escarificação em região peritórax E, referendo dor no local.  
 Hbrc hematócrito (+).

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

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
1) Vista geral.			
2) TC crânio, face e coluna cervical.			
3) Rx de tórax.			
4) Avaliação da BMF			
5) Exame físico da NCR.			
6) Realização da cirurgia geral após exames.			
12/08-00:09h - Cirurgia Geral			
Radiografia de tórax e pelvis sem anormalidades detectadas.			
Em observação.			

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

CID: S02.7 Proc. 04.03.01.026-3 Data: 12/08/19 Hr: 00:30 Médico: *[Assinatura]*  
 \*Gerado via SK por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 11 de Agosto de 2019. (Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
 AME MOSSORÓ 27/08.2019  
 3110  
 SAME / ARQUIVO

Moisés Felipe  
 Neurocirurgia  
 CRM 7579 RN





HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO FREITAS  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
AREIA BRANCA 09/08/2019

SAME / ARQUIVO

AREIA BRANCA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL SARA KUBITSCHER AREIA BRANCA - RN  
90 ANOS  
RECEITUÁRIO MÉDICO

FRANCISCO ROBERTO COSTA  
DA SILVA

Paciente sofreu com  
de um trauma e  
sofreu trauma na  
cabeça e no tórax.  
Após dois dias em  
fórmula e cabeceira  
elevar.

7. A. 120/80 mmHg

MO - TRAUMA NA CABEÇA  
TRAUMA NO TÓRAX  
EC - 30  
SP02 - 100% AA  
Areia Branca, RN 11/08/2019

Médico - CRM 1619

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  
classificada  
Os 14, sem departs.

TC notas: Pneumocéptulo Frontal direito  
fratura papiriforme com envolvimento do asso  
frontal.

Cd: Diferença

Moisés Felipe  
Neurocirurgia  
CRM 7579 RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORO 29/08/2019  
BIA  
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. Ruidenberg, crm: 1619						Classificação: 11/08/2019 22:50:34			PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	PIO2	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 mata - carro há 1 hora. Não vem com jarra ou capacete. Veio ao serviço com protocolo de SAMU. Acompanhada pela vítima. Paciente acordado após ingestão de álcool. Não comorbidades e alergias. Apresenta rinorreia.

M: Voz clara, porém, sem consórcio.

T: mvd, mas diminuída à esquerda. Sem emissão de RA. 88% de SatO2

C: Estômago hiperdinamicamente, abdo. indolente e flácido à palpação. FC: 86%

D: Glasgow 15. Pupilas (méd. fixadas). Paciente sob efeito de bebida alcoólica.

E: Cost: em supinação. Escarificação em região peritonal E, referindo dor no local.

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

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
1) Rota zero.			
2) TC crânio, face e coluna cervical.			
3) Rx de Tórax.			
4) Avaliação da BMF			
5) Substituto parenteral da NCR.			
6) Reavaliação da cirurgia geral após exames.			
12/08 - 00:05h - Cirurgia Geral			
Pulsozinhos de tórax e pelve sem anormalidades detectadas.			
Em observação.			

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

GID 5027 Proc. 04.03.08.026-8 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.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
 NOME MOSSORO 29/08/2019

(Assinante Carimbar)  
 Moisés Felipe  
 Neurocirurgião  
 CRM 1579



HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO FARIAS  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
AREIA MOSSORÓ 31/08/2019

BAME / ARQUIVO

AREIA BRANCA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL SARA KUBITSCHER  
RECEITUÁRIO MÉDICO

Francisco Roberto Corrêa  
da Silva

Paciente sofre com  
de um lado e coxão e  
sofre também na  
coxa e no braço.  
Apresenta dor forte e  
frio e coxa.  
eletrocardiograma.  
T.A. 120/80 mmHg

MO. TOSUMS NA CABEÇA  
TOSUMS NO BOMBO  
FC - 70  
SpO2 - 100% AA  
Areia Branca, RN 11/08/2019

Médico: CRM 1619

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



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.

*Livia Karina Freitas da Silva*

Paciente ou responsável

NÚMERO DO PROCESSO  
ESPÉCIE

DATA 12/08/19

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 12/08/2019

SAME / ARQUIVO



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 27/08/1997	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR PARDA
11 - NOME DA MÃE JOSELIA FONSECA VIEIRA		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD 84 91385063	10.1 - ETNIA
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 <i>Afundamento de crânio após acidente de moto sem capacete e alcoolizado.</i>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO <i>Anexo de auto.</i>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>TC de crânio</i>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURAS MÚLTIPLAS 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 CIRURGICO DE FRATURA DO CRANIO 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) <i>Moises Felipe CRM 15784</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
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	48 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR 980016001835565	HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTA CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 50 08/2019 <i>RLN</i>
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
SAME / 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: \_\_\_\_\_ Nº Reg. \_\_\_\_\_  
Serviço: \_\_\_\_\_ Enfº: colc Leito: geral

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

folheto de exames  
presso - Quarta -  
Presc.

Mossoró, 17 de 08 de 20 19  
Médico que solicita o parecer

Dr. Valmir Braga de Araújo  
Cardiologia - CRM - RN - 3607

PARECER: Exame ECG - Sinusal  
ou fatores de risco cardiovascular  
com ritmo normal 10 = 100-80 bpm  
ECG - dentro da normalidade

Recomendação: fazer cirurgia nesse

18/08/19

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
FEEI - CONFORME O ORIGINAL  
Mossoró - 30/08/2019

Arturo Rosado de Miranda  
Cardiologia - Intensivista  
CRM - RN - 3607

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 às 12h  
de hoje.

Moisés Felipe  
Neurocirurgia  
CRM 7579 RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
STÁ CONFORME O ORIGINAL  
DE MOSSORÓ 20.10.2019

SAME / ARQUIVO





301-2

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

*205-1*

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.  
EP: 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.	<i>CLINICA MÍDIA A 600M EV - 06/06/19</i>	<i>10/10/22 09</i>
8.	<i>ORNBEMZOL - 40M EV - 01 X VED.</i>	<i>06/19</i>
9.		
10.		

Dr. José Paulo Sobrinho  
CIRURGIÃO  
CRMN: 1326

BMF: 16-08-2019

André Lima Batista  
Neurocirurgia Endovascular  
CRMN: 4119

PACIENTE COM ALTA DA NC. A GUARDA ATO CIRÚRGICO RECONSTRUTIVO DE PAREDE ANTERIOR DE SEIO FRONTAL. TRANSFERIR PARA CLÍNICA CIRÚRGICA.

Dr. José Paulo Sobrinho  
CIRURGIÃO  
CRMN: 1326

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
LSTA CONFORME O ORIGINAL  
ME MOSSORÓ 30/08/2019

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

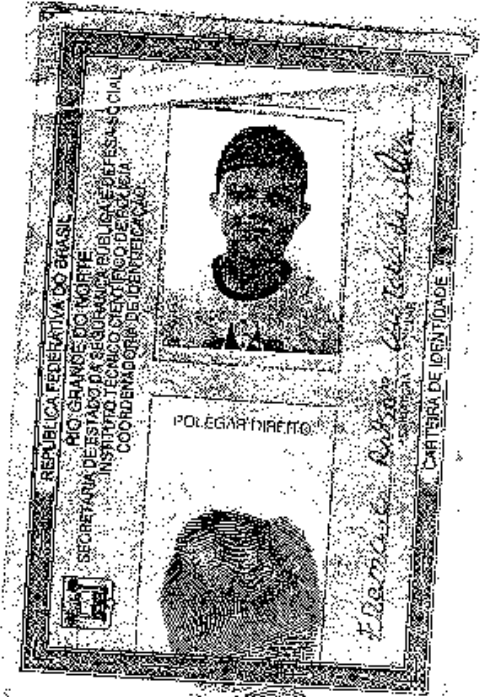
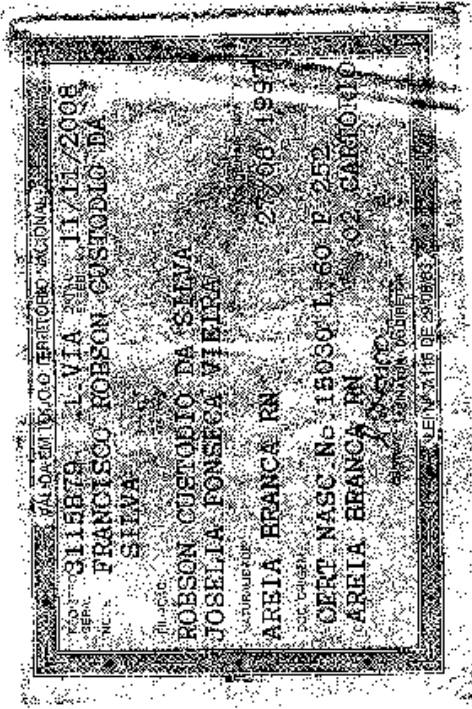
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 301-1

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.

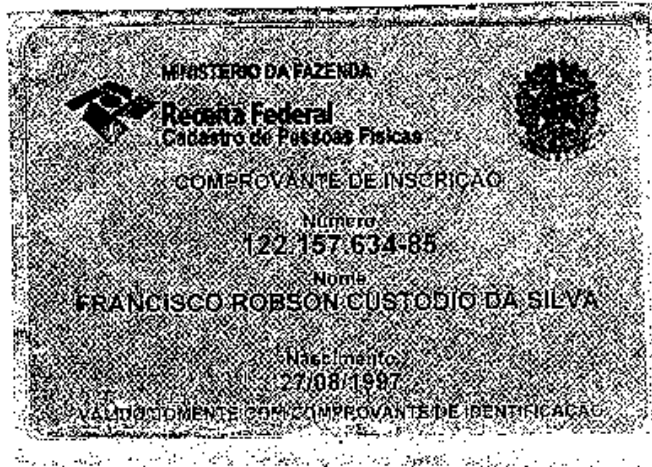
DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VO livre	
2	SF 0,9% 1000 mL EV	10 30
3	SG 5% 500 mL EV	20
4	Oxacilina 2g EV 4/4h	14 18 22 02 06 10
5	Comp B + Vit C 1 ampola no Soro 1x ao dia	30
6	OMEPRAZOL 40 MG EV /DIA LENTO	06
7	Tilatil 40 mg + ABD EV 12/12h	22 30
8	Dipirona 2 mL + 8 mL ABD EV 6/6h	16 22 04 30
9	Estimular 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 ATA CONFORME O ORIGINAL EM MOSSORÓ 30.08.2019	Dr. Lívya Karina Freitas da Silva Médica, R1771-D CRORN 1698
13	SAME / ARQUIVO	
14		





VITIM 2





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

LEITIAN - RM 11618 / 00024 Nº 014243695900  
REQUISIÇÃO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 076.267.344-091  
0519222/2018

SAMIRA CARMELLO DA SILVA SOARES  
CATEGORIA: 2017  
ANO: 2017

076.267.344-091  
0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

RIN Nº 014243695900 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MÊS INICIAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
WWW.SEGURADORA.LIDER.DPVAT.BR  
SAC DPVAT 0800 022 1204

076.267.344-091

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018

0519222/2018



**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 pneumoencefalo 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  
Médico de Formação  
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: 122.157.634-88  
 ENDEREÇO: UPIANEMA DA CIMA ZONA RURAL 04. AREIA BRANCA RN

OUTORGADO

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

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.

Monte Alegre - RN 31/09/2019  
LOCAL E DATA

Francisco Robson Custodio da Silva  
ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



OFÍCIO ÚNICO DE LISTAS E REGISTROS  
 Rua Joazeiro, 60 - Vilaury (Cidade) - Caixa Postal 5081 - 50422-081  
 Montão - RN

RECONHECIMENTO por AUTENTICIDADE - (e) - (f) - (g) - (h) - (i) - (j) - (k) - (l) - (m) - (n) - (o) - (p) - (q) - (r) - (s) - (t) - (u) - (v) - (w) - (x) - (y) - (z) - (aa) - (ab) - (ac) - (ad) - (ae) - (af) - (ag) - (ah) - (ai) - (aj) - (ak) - (al) - (am) - (an) - (ao) - (ap) - (aq) - (ar) - (as) - (at) - (au) - (av) - (aw) - (ax) - (ay) - (az) - (ba) - (bb) - (bc) - (bd) - (be) - (bf) - (bg) - (bh) - (bi) - (bj) - (bk) - (bl) - (bm) - (bn) - (bo) - (bp) - (bq) - (br) - (bs) - (bt) - (bu) - (bv) - (bw) - (bx) - (by) - (bz) - (ca) - (cb) - (cc) - (cd) - (ce) - (cf) - (cg) - (ch) - (ci) - (cj) - (ck) - (cl) - (cm) - (cn) - (co) - (cp) - (cq) - (cr) - (cs) - (ct) - (cu) - (cv) - (cw) - (cx) - (cy) - (cz) - (da) - (db) - (dc) - (dd) - (de) - (df) - (dg) - (dh) - (di) - (dj) - (dk) - (dl) - (dm) - (dn) - (do) - (dp) - (dq) - (dr) - (ds) - (dt) - (du) - (dv) - (dw) - (dx) - (dy) - (dz) - (ea) - (eb) - (ec) - (ed) - (ee) - (ef) - (eg) - (eh) - (ei) - (ej) - (ek) - (el) - (em) - (en) - (eo) - (ep) - (eq) - (er) - (es) - (et) - (eu) - (ev) - (ew) - (ex) - (ey) - (ez) - (fa) - (fb) - (fc) - (fd) - (fe) - (ff) - (fg) - (fh) - (fi) - (fj) - (fk) - (fl) - (fm) - (fn) - (fo) - (fp) - (fq) - (fr) - (fs) - (ft) - (fu) - (fv) - (fw) - (fx) - (fy) - (fz) - (ga) - (gb) - (gc) - (gd) - (ge) - (gf) - (gg) - (gh) - (gi) - (gj) - (gk) - (gl) - (gm) - (gn) - (go) - (gp) - (gq) - (gr) - (gs) - (gt) - (gu) - (gv) - (gw) - (gx) - (gy) - (gz) - (ha) - (hb) - (hc) - (hd) - (he) - (hf) - (hg) - (hh) - (hi) - (hj) - (hk) - (hl) - (hm) - (hn) - (ho) - (hp) - (hq) - (hr) - (hs) - (ht) - (hu) - (hv) - (hw) - (hx) - (hy) - (hz) - (ia) - (ib) - (ic) - (id) - (ie) - (if) - (ig) - (ih) - (ii) - (ij) - (ik) - (il) - (im) - (in) - (io) - (ip) - (iq) - (ir) - (is) - (it) - (iu) - (iv) - (iw) - (ix) - (iy) - (iz) - (ja) - (jb) - (jc) - (jd) - (je) - (jf) - (jg) - (jh) - (ji) - (jj) - (jk) - (jl) - (jm) - (jn) - (jo) - (jp) - (jq) - (jr) - (js) - (jt) - (ju) - (jv) - (jw) - (jx) - (jy) - (jz) - (ka) - (kb) - (kc) - (kd) - (ke) - (kf) - (kg) - (kh) - (ki) - (kj) - (kk) - (kl) - (km) - (kn) - (ko) - (kp) - (kq) - (kr) - (ks) - (kt) - (ku) - (kv) - (kw) - (kx) - (ky) - (kz) - (la) - (lb) - (lc) - (ld) - (le) - (lf) - (lg) - (lh) - (li) - (lj) - (lk) - (ll) - (lm) - (ln) - (lo) - (lp) - (lq) - (lr) - (ls) - (lt) - (lu) - (lv) - (lw) - (lx) - (ly) - (lz) - (ma) - (mb) - (mc) - (md) - (me) - (mf) - (mg) - (mh) - (mi) - (mj) - (mk) - (ml) - (mm) - (mn) - (mo) - (mp) - (mq) - (mr) - (ms) - (mt) - (mu) - (mv) - (mw) - (mx) - (my) - (mz) - (na) - (nb) - (nc) - (nd) - (ne) - (nf) - (ng) - (nh) - (ni) - (nj) - (nk) - (nl) - (nm) - (nn) - (no) - (np) - (nq) - (nr) - (ns) - (nt) - (nu) - (nv) - (nw) - (nx) - (ny) - (nz) - (oa) - (ob) - (oc) - (od) - (oe) - (of) - (og) - (oh) - (oi) - (oj) - (ok) - (ol) - (om) - (on) - (oo) - (op) - (oq) - (or) - (os) - (ot) - (ou) - (ov) - (ow) - (ox) - (oy) - (oz) - (pa) - (pb) - (pc) - (pd) - (pe) - (pf) - (pg) - (ph) - (pi) - (pj) - (pk) - (pl) - (pm) - (pn) - (po) - (pp) - (pq) - (pr) - (ps) - (pt) - (pu) - (pv) - (pw) - (px) - (py) - (pz) - (qa) - (qb) - (qc) - (qd) - (qe) - (qf) - (qg) - (qh) - (qi) - (qj) - (qk) - (ql) - (qm) - (qn) - (qo) - (qp) - (qq) - (qr) - (qs) - (qt) - (qu) - (qv) - (qw) - (qx) - (qy) - (qz) - (ra) - (rb) - (rc) - (rd) - (re) - (rf) - (rg) - (rh) - (ri) - (rj) - (rk) - (rl) - (rm) - (rn) - (ro) - (rp) - (rq) - (rr) - (rs) - (rt) - (ru) - (rv) - (rw) - (rx) - (ry) - (rz) - (sa) - (sb) - (sc) - (sd) - (se) - (sf) - (sg) - (sh) - (si) - (sj) - (sk) - (sl) - (sm) - (sn) - (so) - (sp) - (sq) - (sr) - (ss) - (st) - (su) - (sv) - (sw) - (sx) - (sy) - (sz) - (ta) - (tb) - (tc) - (td) - (te) - (tf) - (tg) - (th) - (ti) - (tj) - (tk) - (tl) - (tm) - (tn) - (to) - (tp) - (tq) - (tr) - (ts) - (tt) - (tu) - (tv) - (tw) - (tx) - (ty) - (tz) - (ua) - (ub) - (uc) - (ud) - (ue) - (uf) - (ug) - (uh) - (ui) - (uj) - (uk) - (ul) - (um) - (un) - (uo) - (up) - (uq) - (ur) - (us) - (ut) - (uu) - (uv) - (uw) - (ux) - (uy) - (uz) - (va) - (vb) - (vc) - (vd) - (ve) - (vf) - (vg) - (vh) - (vi) - (vj) - (vk) - (vl) - (vm) - (vn) - (vo) - (vp) - (vq) - (vr) - (vs) - (vt) - (vu) - (vv) - (vw) - (vx) - (vy) - (vz) - (wa) - (wb) - (wc) - (wd) - (we) - (wf) - (wg) - (wh) - (wi) - (wj) - (wk) - (wl) - (wm) - (wn) - (wo) - (wp) - (wq) - (wr) - (ws) - (wt) - (wu) - (wv) - (ww) - (wx) - (wy) - (wz) - (xa) - (xb) - (xc) - (xd) - (xe) - (xf) - (xg) - (xh) - (xi) - (xj) - (xk) - (xl) - (xm) - (xn) - (xo) - (xp) - (xq) - (xr) - (xs) - (xt) - (xu) - (xv) - (xw) - (xx) - (xy) - (xz) - (ya) - (yb) - (yc) - (yd) - (ye) - (yf) - (yg) - (yh) - (yi) - (yj) - (yk) - (yl) - (ym) - (yn) - (yo) - (yp) - (yq) - (yr) - (ys) - (yt) - (yu) - (yv) - (yw) - (yx) - (yy) - (yz) - (za) - (zb) - (zc) - (zd) - (ze) - (zf) - (zg) - (zh) - (zi) - (zj) - (zk) - (zl) - (zm) - (zn) - (zo) - (zp) - (zq) - (zr) - (zs) - (zt) - (zu) - (zv) - (zw) - (zx) - (zy) - (zz)

RECONHECIMENTO por AUTENTICIDADE - (e) - (f) - (g) - (h) - (i) - (j) - (k) - (l) - (m) - (n) - (o) - (p) - (q) - (r) - (s) - (t) - (u) - (v) - (w) - (x) - (y) - (z) - (aa) - (ab) - (ac) - (ad) - (ae) - (af) - (ag) - (ah) - (ai) - (aj) - (ak) - (al) - (am) - (an) - (ao) - (ap) - (aq) - (ar) - (as) - (at) - (au) - (av) - (aw) - (ax) - (ay) - (az) - (ba) - (bb) - (bc) - (bd) - (be) - (bf) - (bg) - (bh) - (bi) - (bj) - (bk) - (bl) - (bm) - (bn) - (bo) - (bp) - (bq) - (br) - (bs) - (bt) - (bu) - (bv) - (bw) - (bx) - (by) - (bz) - (ca) - (cb) - (cc) - (cd) - (ce) - (cf) - (cg) - (ch) - (ci) - (cj) - (ck) - (cl) - (cm) - (cn) - (co) - (cp) - (cq) - (cr) - (cs) - (ct) - (cu) - (cv) - (cw) - (cx) - (cy) - (cz) - (da) - (db) - (dc) - (dd) - (de) - (df) - (dg) - (dh) - (di) - (dj) - (dk) - (dl) - (dm) - (dn) - (do) - (dp) - (dq) - (dr) - (ds) - (dt) - (du) - (dv) - (dw) - (dx) - (dy) - (dz) - (ea) - (eb) - (ec) - (ed) - (ee) - (ef) - (eg) - (eh) - (ei) - (ej) - (ek) - (el) - (em) - (en) - (eo) - (ep) - (eq) - (er) - (es) - (et) - (eu) - (ev) - (ew) - (ex) - (ey) - (ez) - (fa) - (fb) - (fc) - (fd) - (fe) - (ff) - (fg) - (fh) - (fi) - (fj) - (fk) - (fl) - (fm) - (fn) - (fo) - (fp) - (fq) - (fr) - (fs) - (ft) - (fu) - (fv) - (fw) - (fx) - (fy) - (fz) - (ga) - (gb) - (gc) - (gd) - (ge) - (gf) - (gg) - (gh) - (gi) - (gj) - (gk) - (gl) - (gm) - (gn) - (go) - (gp) - (gq) - (gr) - (gs) - (gt) - (gu) - (gv) - (gw) - (gx) - (gy) - (gz) - (ha) - (hb) - (hc) - (hd) - (he) - (hf) - (hg) - (hh) - (hi) - (hj) - (hk) - (hl) - (hm) - (hn) - (ho) - (hp) - (hq) - (hr) - (hs) - (ht) - (hu) - (hv) - (hw) - (hx) - (hy) - (hz) - (ia) - (ib) - (ic) - (id) - (ie) - (if) - (ig) - (ih) - (ii) - (ij) - (ik) - (il) - (im) - (in) - (io) - (ip) - (iq) - (ir) - (is) - (it) - (iu) - (iv) - (iw) - (ix) - (iy) - (iz) - (ja) - (jb) - (jc) - (jd) - (je) - (jf) - (jg) - (jh) - (ji) - (jj) - (jk) - (jl) - (jm) - (jn) - (jo) - (jp) - (jq) - (jr) - (js) - (jt) - (ju) - (jv) - (jw) - (jx) - (jy) - (jz) - (ka) - (kb) - (kc) - (kd) - (ke) - (kf) - (kg) - (kh) - (ki) - (kj) - (kk) - (kl) - (km) - (kn) - (ko) - (kp) - (kq) - (kr) - (ks) - (kt) - (ku) - (kv) - (kw) - (kx) - (ky) - (kz) - (la) - (lb) - (lc) - (ld) - (le) - (lf) - (lg) - (lh) - (li) - (lj) - (lk) - (ll) - (lm) - (ln) - (lo) - (lp) - (lq) - (lr) - (ls) - (lt) - (lu) - (lv) - (lw) - (lx) - (ly) - (lz) - (ma) - (mb) - (mc) - (md) - (me) - (mf) - (mg) - (mh) - (mi) - (mj) - (mk) - (ml) - (mm) - (mn) - (mo) - (mp) - (mq) - (mr) - (ms) - (mt) - (mu) - (mv) - (mw) - (mx) - (my) - (mz) - (na) - (nb) - (nc) - (nd) - (ne) - (nf) - (ng) - (nh) - (ni) - (nj) - (nk) - (nl) - (nm) - (nn) - (no) - (np) - (nq) - (nr) - (ns) - (nt) - (nu) - (nv) - (nw) - (nx) - (ny) - (nz) - (oa) - (ob) - (oc) - (od) - (oe) - (of) - (og) - (oh) - (oi) - (oj) - (ok) - (ol) - (om) - (on) - (oo) - (op) - (oq) - (or) - (os) - (ot) - (ou) - (ov) - (ow) - (ox) - (oy) - (oz) - (pa) - (pb) - (pc) - (pd) - (pe) - (pf) - (pg) - (ph) - (pi) - (pj) - (pk) - (pl) - (pm) - (pn) - (po) - (pp) - (pq) - (pr) - (ps) - (pt) - (pu) - (pv) - (pw) - (px) - (py) - (pz) - (qa) - (qb) - (qc) - (qd) - (qe) - (qf) - (qg) - (qh) - (qi) - (qj) - (qk) - (ql) - (qm) - (qn) - (qo) - (qp) - (qq) - (qr) - (qs) - (qt) - (qu) - (qv) - (qw) - (qx) - (qy) - (qz) - (ra) - (rb) - (rc) - (rd) - (re) - (rf) - (rg) - (rh) - (ri) - (rj) - (rk) - (rl) - (rm) - (rn) - (ro) - (rp) - (rq) - (rr) - (rs) - (rt) - (ru) - (rv) - (rw) - (rx) - (ry) - (rz) - (sa) - (sb) - (sc) - (sd) - (se) - (sf) - (sg) - (sh) - (si) - (sj) - (sk) - (sl) - (sm) - (sn) - (so) - (sp) - (sq) - (sr) - (ss) - (st) - (su) - (sv) - (sw) - (sx) - (sy) - (sz) - (ta) - (tb) - (tc) - (td) - (te) - (tf) - (tg) - (th) - (ti) - (tj) - (tk) - (tl) - (tm) - (tn) - (to) - (tp) - (tq) - (tr) - (ts) - (tt) - (tu) - (tv) - (tw) - (tx) - (ty) - (tz) - (ua) - (ub) - (uc) - (ud) - (ue) - (uf) - (ug) - (uh) - (ui) - (uj) - (uk) - (ul) - (um) - (un) - (uo) - (up) - (uq) - (ur) - (us) - (ut) - (uu) - (uv) - (uw) - (ux) - (uy) - (uz) - (va) - (vb) - (vc) - (vd) - (ve) - (vf) - (vg) - (vh) - (vi) - (vj) - (vk) - (vl) - (vm) - (vn) - (vo) - (vp) - (vq) - (vr) - (vs) - (vt) - (vu) - (vv) - (vw) - (vx) - (vy) - (vz) - (wa) - (wb) - (wc) - (wd) - (we) - (wf) - (wg) - (wh) - (wi) - (wj) - (wk) - (wl) - (wm) - (wn) - (wo) - (wp) - (wq) - (wr) - (ws) - (wt) - (wu) - (wv) - (ww) - (wx) - (wy) - (wz) - (xa) - (xb) - (xc) - (xd) - (xe) - (xf) - (xg) - (xh) - (xi) - (xj) - (xk) - (xl) - (xm) - (xn) - (xo) - (xp) - (xq) - (xr) - (xs) - (xt) - (xu) - (xv) - (xw) - (xx) - (xy) - (xz) - (ya) - (yb) - (yc) - (yd) - (ye) - (yf) - (yg) - (yh) - (yi) - (yj) - (yk) - (yl) - (ym) - (yn) - (yo) - (yp) - (yq) - (yr) - (ys) - (yt) - (yu) - (yv) - (yw) - (yx) - (yy) - (yz) - (za) - (zb) - (zc) - (zd) - (ze) - (zf) - (zg) - (zh) - (zi) - (zj) - (zk) - (zl) - (zm) - (zn) - (zo) - (zp) - (zq) - (zr) - (zs) - (zt) - (zu) - (zv) - (zw) - (zx) - (zy) - (zz)

CPF: 068.548.434-30





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, 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

Carta nº 15527406

Pag. 00327/00328 - carta\_01 - INVALIDEZ





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, 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

Pag: 00127/00128 - carta\_02 - INVALIDEZ

0010064



Carta nº 15529335





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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 122.357.634-85 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 Custódio 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:  RECURSO INFORMAR  R\$1.00 a R\$1.000,00  R\$2.501,00 a R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 a 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: 5469 9 CONTA: 33.279 8  
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 de 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 discordo do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - 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) (menor(es))?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós/avós?  Sim  Não  
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem em e providarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
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 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 1022013 - RN 16/09/2019  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Francisco Robson Custódio da Silva  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_  
43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
18/09/2019 - Autoatendimento - 14:17:08  
636073120 - 0743

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - CHEQUE

FAVORECIDO FRANCISCA R.C. SILVA  
AGENCIA 1489-9  
CONTA 33.279-8  
VALOR R\$ 272.729,24  
NR. ENVELOPE 11272-729-24

\* Acobinado em: 18/09/2019, na Agência 6360-11

\*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depósitos realizados durante o expediente bancário serão conferidos e processados até as 23:59 do mesmo dia. Após o expediente bancário, aos sábados, domingos e feriados, até as 23:59 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: no caixa "Consulta Envelope", Aplicativo BB / [www.bb.com.br](http://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 - DEGEPOL - DPCIN - 2º 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 COMUNICANTE.

**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 QG1 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

*Alves Lima*  
99.933-9  
Policial Registrante

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: 122.357.634-85 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 Custódio da Silva 6 - CPF: 122.357.634-85

7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Po Upanema de Cima 9 - Núm.: 4 10 - Complemento: Casa

11 - Upanema de Cima 12 - Cidade: Areia Branca 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 54655-000

15 - E-mail: Não Possui 16 - Tel. (DDD): (84) 99827-0066

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_

18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  RECURSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$1.501,00 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 POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  Bradesco (237)  Itaú (343)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGENCIA: 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, declaração 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 (ou 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 (vivo/não)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irrmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: \_\_\_\_\_ falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: \_\_\_\_\_

35 - CPF 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 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: 1022015-RJ 16/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): X Francisco Robson Custódio da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

FP5.003 V002/2019





FICHA DE ATENDIMENTO DE USUÁRIOS / SUS

SAME/RECEPÇÃO

NÚMERO DO CARTÃO SUS: 109 2042 5697 6780		NÚMERO DO ATENDIMENTO: 34	
NOME: Francisco Wilson Custódia da Silva		IDADE: 22a	
DATA DE NASCIMENTO: 27/03/1997	SEXO: M.	NOME DA MÃE: Fozilva Fonseca Vieira	
ENDEREÇO (RUA/AV.): Vila Nova de Aina		NÚMERO: 5	PROFISSÃO:
BAIRRO: 2ª Parcela	CIDADE: Itaboraí	NATURALIDADE:	ESTADO: RJ
TELEFONES: 9634	ACOMPANHANTE: a mãe	DATA: 30/08/19	HORA: 22:00
MOTIVO DA PROCURA: acidente de moto		RÚBRICA 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 acidentes com o braço e com dor e ferida 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)

[assinatura]

HOSPITAL SARA KUBITSCHKE

