

# 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: 10/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: FRANCISCO DAMIAO DE MELO SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000087518-7

---

Nr. da Autenticação F44001736E875B30

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200226827 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO DAMIAO DE MELO SOUZA **Data do acidente:** 07/02/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 24/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RADIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG. 2/3/4\_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 100.927.634-48 4 - Nome completo da vítima: Francisco Damiano de Melo Souza

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 Damiano de Melo Souza 6 - CPF: 100.927.634-48  
7 - Profissão: Ajudante 8 - Endereço: Rua Jorge Alves da Silva 9 - Número: 491 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Santo Antonio 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59622-135  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0560

CONTA:

00087518

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vivos)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: Maria Raquel de Melo

012 580 164 - 51

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: Maria Raquel de Melo

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Precursor (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016203/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/02/2020 10:12

Data/Hora Fim: 13/02/2020 10:26

Delegado de Polícia: José Vieira de Castro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 07/02/2020 12:30

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Bairro: Santo Antônio

Logradouro: Rua Seis de Janeiro

Nº: sn

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB )	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO DAMIÃO DE MELO SOUZA (VÍTIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 14/06/1991

Idade: 28 anos

Naturalidade: RN - Mossoró

Profissão: Servente de Obras

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Raquel de Melo

Nome do Pai: Nairton Leite de Souza

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 100.927.634-48

RG - Carteira de Identidade: 003137875

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: Rua Castelo Branco

Bairro: Santo Antônio

Telefone: (84) 98631-5798 (Celular)

Nº: 254

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )

Idade:

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 016.904.804-75

Renavam 00529887819

Número do Chassi 9C2HB0210DR417500

Cor PRETA

Município Veículo Mossoró

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NOH3624

Número do Motor HB02E1D417500

Ano/Modelo Fabricação 2013/2013

UF Veículo Rio Grande do Norte

Marca/Modelo HONDA/POP100



Delegado de Polícia Civil: José Vieira de Castro  
Impresso por: Sérgio Glaydson Dantas de Moraes  
Data de Impressão: 13/02/2020 10:27  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016203/2020

Modelo HONDA/POP100	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 23/01/2018	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisco Damião de Melo Souza	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O declarante informa que deseja o BO para fins exclusivos de seguro obrigatório - DPVAT e declara que na data, hora e local acima conduzia uma motocicleta, já descrita, em nome de sua esposa, quando um automóvel, sem maiores detalhes, realizou uma conversão a esquerda e não o percebeu vindo na direção contrária, vindo a colidir com o veículo; Que devido a colisão sofreu um trauma em seu braço esquerdo; Que foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para atendimento médico no hospital regional Tarcísio Maia como consta no prontuário médico de nº 2711/2020 datado de 07/02/2020 às 12:40:02. Nada mais disse nem lhe foi perguntado.

ASSINATURAS

Sérgio Glaydson Dantas de Moraes

Agente de Polícia  
Matrícula 2073978

Responsável pelo Atendimento

Francisco Damião de Melo Souza

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí originar, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





## CIRURGIA GERAL - VERDE

OK

Paciente: 57153 - FRANCISCO DAMIAO DE MELO SOUZA (28 a 7 m 23 d)

Nascimento: 14/06/1991

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700107821878190

CPF: 10092763448

Prof:

Mãe: MARIA RAQUEL DE MELO

Pai: NAIRTON LEITE DE SOUZA

Logradouro: PRESIDENTE CASTELO BRANCO, 254

CEP: 59618654

Bairro: BOM JARDIM

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.987625523

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

\*Empresa:

OBS: VEIO COM SAMU

Classificação:

PESO:

07/02/2020 12:35:50

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	164/80		96			84			

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PTE VITIMA DE COLISAO MOTO CARRO, ENCONTRADO FORA DO LOCAL DA QUEDA, COM QUEIXAS DE DOR E LIMITACAO DE MOVIMENTOS EM MSE REGIAO DO PUNHO

Dt e Hora: 12:50

Paciente vítima de acidente automobilístico (colisão moto x carro) há aproximadamente 50 min. Relato ter sido ejetado do veículo após o impacto com o MSE. Estava em uso de capacete. Não tem bolado a cabeça, perdido a consciência ou tido vômitos ou náuseas. Refere dor em antebraço esquerdo. Informa deflexão dos dedos do acidente. Foi trazido pelo SAMU, sem protocolo, chegou com MSE indolizado. Não alergias, comorbidades ou medicamentos de uso diário.

A - Elos cervicais preservados, sem enrijecimento.

B - MSE bilateralmente, sem RA. Sem sinais de enfase ou fraturas de costelas.

C - Hemodinamicamente estável. PA: 160x80, FC: 84.

D - Glasgow 15. Pupilo isfomântico.

E - Deformidade em punho / antebraço esquerdo

Diagn. Inicial:

Assin:

## PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

CD: D.S. Solicito radiografia de mãos, punho e antebraço esquerdo

D.S. Solicito avaliação da Otorrinolaringologia: deformidade e dor em antebraço E

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
 ESTA CONFORME O ORIGINAL  
 MOSSORO 12/02/2020  
 Bino  
 SANE / ARQUIVO

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

CID \_\_\_\_\_ Proc. \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20. Hr: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

\*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em: 07 de Fevereiro de 2020.

(Assinar e

Carimbar)



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

função Dano de Nilo  
Lima

AO PAZ Boa Jorden

Exercendo o percentagem  
com proporcionalidade  
desta do pulso R  
para instantes curtos

Dr. Luis E. C. Nascimento  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

7/2/2020





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doença + Edema + dispnéia progressiva

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fe + tam cloro

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Raio X

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

insuficiência cardíaca direita

24 - CID 10 PRINCIPAL

I50.2

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

instalação e manutenção de suporte de vida

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040181050407

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Paulo Roberto de Souza

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/2/2014

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO 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 PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175456/20

**Vítima:** FRANCISCO DAMIAO DE MELO SOUZA

**CPF:** 100.927.634-48

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

**Data do acidente:** 07/02/2020

**Titular do CPF:** FRANCISCO DAMIAO DE MELO SOUZA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**FRANCISCO DAMIAO DE MELO SOUZA : 100.927.634-48**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/06/2020  
Nome: FRANCISCO DAMIAO DE MELO SOUZA  
CPF: 100.927.634-48

FRANCISCO DAMIAO DE MELO SOUZA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2020  
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA  
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA