

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: 09/06/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO EXPEDITO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000017525-8

Nr. da Autenticação 80032B3B470737B9

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2015

Carta nº: 7154509

A/C: FRANCISCO EXPEDITO DE SOUSA

Sinistro: 3150443380
Vítima: FRANCISCO EXPEDITO DE SOUSA
Data Acidente: 14/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO EXPEDITO DE SOUSA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 0000017525-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 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

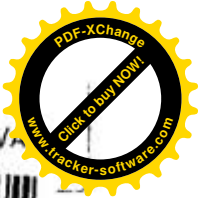
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Seguradora Líder - DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, mesmo que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

1) **Francisco Expedito de Sousa**
 2) ADORADA DO RG Nº **002.145.594** EXPEDIDO POR **SSPIRN** EM **23/12/2008**
 3) **01464645420** (CPF) PROFISSÃO **Frentista**
 4) RENDA MENSAL DE R\$ **Roubas** (R\$) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **Francisco Expedito de Sousa**. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

De acordo com a Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a instituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA, operação 013 da CEF, aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, motivo em proposta deste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários;
- PF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISO DPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de endereço de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

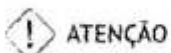
PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL):

do BANCO **104** N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **0560** N° da CONTA (com dígito, se existir) **14525-8**

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Motato RN de 24/03 de 2015
 LOCAL E DATA

Francisco Expedito de Sousa
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo a legislação vigente - data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221704.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Defesa Social
POLÍCIA MILITAR
Comando de Polícia Rodoviária Estadual
2º Distrito de Polícia Rodoviária Estadual
Setor de Tráfego

VISTO EM
19/03/2015
Júlio César de Oliveira Soares
1º Ten QOPM
Mat.: 194177-1 - RG: 16178

DECLARAÇÃO Nº. 03.381-2015



- 1) **REFERÊNCIA:** Presença física de FRANCISCO EXPEDITO DE SOUZA, (Declarante).
LOCAL DO SINISTRO: Avenida Alberto Maranhão, (próximo a Igreja Nossa Senhora da Conceição) Bairro Alto da Conceição, Mossoró/RN.
DATA: 14/03/2015; HORA: 00h10min.
- 2) **PASSEIRO DO VEÍCULO:**
VITIMA: FRANCISCO EXPEDITO DE SOUZA; CPF: 011.646.454-20 RG: 002.145.594.
- 3) **CARACTERÍSTICAS DO VEÍCULO:**
MARCA: HONDA MODELO: BIZ 125 ES PLACA: OWA2826 ANO: 2014 COR: VERMELHA.
CHASSI: 9C2JC4820ER576243 PROPRIETÁRIO: JUSSILENE SERAFIM DA COSTA.
- 4) **AGENTE RESPONSÁVEL:**
3º Sargento PM, nº. 88.260, RAIMUNDO CLECIO FERREIRA DA COSTA, Matrícula: 14.958-6.

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários que o senhor FRANCISCO EXPEDITO DE SOUZA acima qualificado no dia 19/03/2015 às 10h00min compareceu a sede do 2ºDPRE onde o mesmo alega que no dia 14/03/2015, aproximadamente 00h10min vinha no citado veículo no endereço acima mencionado e ao passar por uma lombada sem sinalização perdeu o controle do veículo e caiu, com o impacto perdeu o sentido e quando acordou estava no hospital.

Obs.: As informações do documento têm como base a declaração do condutor do veículo, (declarante) e o prontuário de atendimento hospitalar número 2.509.170 emitido pelo Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia.

"As informações contidas na narrativa do declarante são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelo crime do Artigo 299 do Código Penal Brasileiro (Falsidade Ideológica)".

Mossoró/RN 19 de março de 2015

FRANCISCO EXPEDITO DE SOUZA (declarante)

Raimundo CLECIO Ferreira da Costa
Mat. 14968-6 Id 8788
3.817 PM/RN

3º Sgt PM Clécio - Chefe do Setor de Tráfego/2º DPRE





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IML



EU, Francisco Expedito de Sousa, Portador da Carteira de Identidade SSP RN nº: 002.445.594 e inscrito no CPF/MF sob nº: 011.646.454-20, residente e domiciliado na Rua Dalton de Almeida Rebelo, Nº: 1124, bairro: Aeroporto, Cidade: Motato, Estado RN, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal – IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº. 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabilidade do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no município em que eu resido, não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
(X) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido, realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal – IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art.3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para realização desta perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Francisco Expedito de Sousa

Assinatura do declarante

Conforme documentação de identificação

Local: Motato / RN e data: 24/03/2015.





PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Franneires Expedito de Siqueira 300381
Profissão: Cartão SUS nº: 1124 000
Endereço: Rua: Colares do Carmo Petrópolis
Cidade: João U. F.: RN Fone:
Filiação: Mãe: Pai:

Data: 14/03/2015

Hora: 07:31

A.C.C.R.: VERDE

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Paciente vítima de queda de moto apre-
tando ferimento abrasivo + edema (EAL) e
edema em membro OML.

14/03/15
SUS ARQUIVO

2 - EXAME FÍSICO

A
B
C
NDN

D - 6,5, LEGA VÔMITOS DE DESTAQUE
E - TRAUMA DE FACE

ALERGIAS - NDN

MEDICAÇÕES EM USO - NDN

VACINAÇÃO - NÃO HÁBE INFORMAR

SEMPRE ASSINAR
20 MAR 2015
BIMESTRAL

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICAS(S)



PREFEITURA MUNICIPAL DE
MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

(05:33) Ad HRTM (Bucoraxil)

Paciente, Francisco Expedito De Sousa
atende de quadro de muito to' tr
7 anos, Reforço Elenor na
meio e dificuldade, por aben-
dia do boer. (sic). EGB, Evancie
AAA,

Fece: Escorocó + meunha
peruonitome egynua, xuy
Unus de pntura oton a, xlpn
EGB.

Es: Soluto Aslinas
especiali mlt.

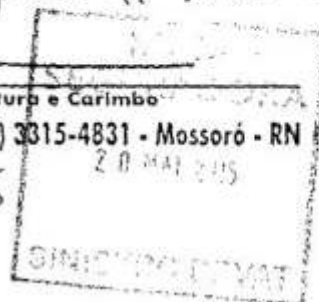
Data: 1/1/15

Assinatura e Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-4831 - Mossoró - RN

14(03)15

20 MAI 2015





PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Franneires Expedito de Souza Idade: 31
Profissão: Dolores do Carmo Ribeiro Cartão SUS nº: 1124 0000
Endereço: Rua: rua Bairro: rua
Cidade: rua U. F.: RU Fone:
Filiação: Mãe: Pai:

Data: 14/03/2015

Hora: 07:31

A. C. C. R.:

VERDE

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

PACIENTE VÍTIMA DE Queda de moto apreendida
TANDO FERIMENTOS ABRASIVOS + EDEMA (FACE) E
EDÊMA EM MÚSCULO LOMAR.

ESTÁ DE
DIRETORIA
9/11/03
SERVIÇO / ARQUIVO

2 - EXAME FÍSICO

A
B
C

NDN

D - 6,55, LEGA VÔMITOS DE DESTAQUE

E - TRAUMA DE FACE

ALERGIAS - NDN

MEDICAÇÕES EM USO - NDN

VACINAÇÃO - NÃO HÁBE INFORMAÇÃO

COMPROVANTE DE
ATO DECLARATÓRIO

20 PAT 315
SINISTRO DE VIT

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)



Hora: :

Kerlison Paulino de Oliveira
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
CBO/HN - 2273

* Enchanted lands no Dan Boh Jardin.

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

Observações:

Identificação Médica



**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**



DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA

Mossoró 18 de Março de 2015

Em resposta a solicitação do (a) Sr (a) **JOSIVALDO NASCIMENTO DE ASSIS**, RG **1.958.556**, passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: 001

Nome do Paciente: Francisco Expedito de Souza, 33 anos.

Data: 14/03/2015

Local da ocorrência: AV. Alberto Maranhão

Viatura: USB – Unidade de Suporte Básico

Hora do Chamado: 00h25

Natureza da Ocorrência: Queda de moto.

Procedimento no Local: Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU, encaminhado para o Hospital Regional Tarcisio Maia, conforme regulação médica.

José Wilker Bandeira de Souza

Agente administrativo SAMU Mossoró

Jose Gilliano Carlos de Freitas
Matrícula 13.284-5
DIRETOR SAMU MOSSORÓ/RN

José Gilliano Carlos de Freitas

Diretor do SAMU Mossoró



Dr. RONEYREMO PRAXEDES CARVALHO

Fisioterapeuta
CRÉDITO 204713-F

FICHA PARA PERÍCIA FUNCIONAL

Caro perito, favor responder os quesitos abaixo com a seriedade que lhes é peculiar, haja vista que o documento telado servirá de prova junto a Justiça Federal ou Estadual.

Nome _____ do
periciado: FRANCISCO EXPEDITO DE SOUSA

CPF: 011.646.3154 20

1. Diagnóstico médico: _____

2. Foram apresentados exames de imagem?

☒ SIM () NÃO

3. Exame Físico

a) Inspeção:

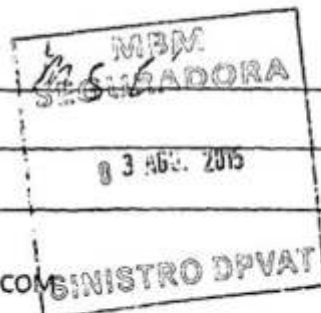
~~do~~ deformidades, Deformidade (Rosto) PARTE
DIREITA DO (Rosto)

b) Palpação:

~~edema, tosse~~, Edema em FACE

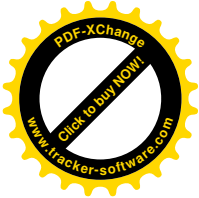
c) Força:

Força de força capacity para



FONE: (84) 98868-6962

E-MAIL: RONEYRENO@HOTMAIL.COM



d) Goniometria:

POUNO. EXTENSÃO 40°: 25°

e) Marcha:

claudicante, antalgica: dor,

f) Testes específicos:

TESTE DE PHALAN (POSITIVO)
TESTE DE SHOLLER INVERSO (POSITIVO)

4. Sensibilidade:

a) Tátil: ☒ preservada () prejudicada () ausente

b) Térmica: ☒ preservada () prejudicada () ausente

c) Dolorosa: () preservada ☒ prejudicada () ausente

Obs: DOR NA MÃO ESQUERDA.

5. O paciente apresenta algum dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequela) decorrente do acidente automobilístico sofrido?

☒ SIM () NÃO

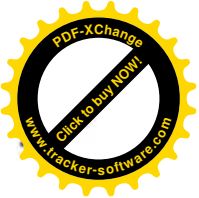
6. Qual a descrição da(s) sequela(s) que acomete(m) o(a) paciente?

PERDA DE FORÇA EM MÃO ESQUERDA

FONE: (84) 98868-6962

E-MAIL: RONEYRENO@HOTMAIL.COM





MEMBRO UTILIZA MUITO O MEMBRO NO
TRABALHO. TEM MUITA DOR DE CADERNO
DEVIDO A PARADA MUITO GRANDE NA MÃO.

7. O paciente está impedido de realizar suas atividades laborais e AVD's normais?

☒ SIM () NÃO

8. A debilidade compromete o membro do paciente?

☒ SIM () NÃO

CONCLUSÃO

9. O(a) paciente encontra-se com debilidade de caráter residual leve, média, intensa ou total em decorrência do sinistro?

MÉDIA. POIS O PACIENTE SENTE MUITAS DORES
AO TRABALHAR.

Mossoró, 23 de Julho de 2015.

Roney Remo Praxedes Carvalho
Roney Praxedes
Fisioterapeuta
CREFITO-204713-F

RONY REMO PRAXEDES CARVALHO
Fisioterapeuta





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

 POLEGAR DIREITO



Francisco Expedito de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 002.145.594

NOME FRANCISCO EXPEDITO DE SOUSA

DATA DE EXPEDIÇÃO 23/12/2008

FILIAÇÃO JOSE MARIA DE SOUSA DOS SANTOS

MARIA DE FATIMA DE SOUSA

NATURALIDADE MOSSORO RN

DATA DE NASCIMENTO 30/03/1961

CERT. DE NASCIMENTO L-0071 F-131 RB-35010

MOSSORO RN-4 CARTÓRIO

CPF 011.646.454-20

2a: VIA

ASSINATURA DO EMISSOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150443380

Cidade: Mossoró

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO EXPEDITO DE SOUSA

Data do acidente: 14/03/2015

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/06/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NA FACE

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: FACE 10%

Documentos complementares:

Observações:

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
traumas, causando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie,	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE CONSULTORIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150443380

Cidade: Mossoró

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO EXPEDITO DE SOUSA

Data do acidente: 14/03/2015

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Data da análise: 19/08/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NA FACE.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: Já indenizado FACE 10%.

Documentos complementares:

Observações: O indenizado encontra-se a contento em se considerando os critérios de invalidez apresentados. Não há dado novo que justifique alteração de parecer anterior.

DANOS

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

PRESTADOR

CEBEME-Centro Brasileiro de Est. Med. de Eviden

Nome do médico: FERNANDO PEREIRA DE CASTRO

CRM do médico: 52.32963-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



OBS: ESTA AVALIAÇÃO FOI REALIZADA COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA