

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 n°: 7154509

A/C: FRANCISCO EXPEDITO DE SOUSA

Sinistro: 3150443380
Vitima: 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



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, que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Fronterizo Expedito de Sarsa

EXPEDIDO POR

SSPIRN

EM 23/12/2008

NÚMERO DO RG N° 002.145.594

PROFISSÃO: Fronterizo

01464645420 (CNPJ)

INDA MENSAL DE R\$ **Recebido** () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **Fronterizo Expedito de Sarsa**. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CREDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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 sobre a 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 ou benefício nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial nos documentos aparecerem 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em "Unidade Loterica com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 3.000,00".
- Conta bloqueada, mativa ou em proposta: neste momento revigase a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários.
- PF do beneficiário/vítima invalido 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 SISDPVAT 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, em branco à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de segurança.

- DA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

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

- DA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (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**

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

Mato Grosso RN de 24/03 de 2015

LOCAL E DATA

Fronterizo Expedito de Sarsa

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 0800-0221204.



Barcode de Comprovação
0001*



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 Trânsito

VISTO EM
19/03/2015

Júlio Cesar de Oliveira Soares
1º Ten QOPM
Mat: 194177-1 - RG: 16178

DECLARAÇÃO N°. 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) PASSAGEIRO 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 CLÉCIO 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 CLÉCIO Ferreira da Costa
Mat. 14958-6 Id 87884
3º SGT PM/RN

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





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IMI

Certidão de Inexistência de IMI
-0004-

EU, Franckes Expedito de Souza, Portador da Carteira de Identidade SSP RN nº: 002.145.594 e inscrito no CPF/MF sob nº: 011.646.454-20, residente e domiciliado na Rua Daltos de Lima Rebouças, Nº: 1124, bairro: Aeroparque, Cidade: Montrose, 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
- O estabelecimento do IML localizado no município em que resido, realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

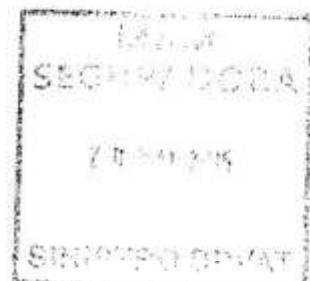
Com o objetivo de permitir do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.

Assinatura do declarante

Conforme documentação de identificação

Local: Montrose / RN e data: 24/08/2015.





PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome:

Profissão:

Endereço: Rua:

Cidade:

Filiação: Mãe:

Cartão SUS n.:

U.F.: RJ Fone:

Pai:

13

Data: 14/03/2015

Hora:

DF 31

A.C.C.R.

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

Paciente vítima de queda de moto apresentando ferimento vibrassiloso de dor (FALE) e edema hofe em hemicrânio.

17/10/15
S. M. ARQUIVO

2 - EXAME FÍSICO

A

B

C

NDN

D - 6.5, lesão vómitos x destinos

E - FRALDA DC. FACE

ALERGIAS - NDN

MEDICAÇÕES EM USO - NDN

VACINAÇÃO - TUDO LIBRE INFORMAR

SEGUNDA FORA

20/03/2015

BOA SORTE

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICAS(S)



PREFEITURA MUNICIPAL DE
MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

(05:33)

AO HRTM (Bicomaxil)

Paciente, Francisco Expedito De Souza
nascido no povoado de moto he' tr
7/1918, referente a elevar a
meio e profundidade, um membro
da da boc. (sic). EGB, grande

AM:

fece: exame + medicina
permeável e agudo, no
caso de perturbação, o
caso.

EP: Solvito sustinuir
especialmente.

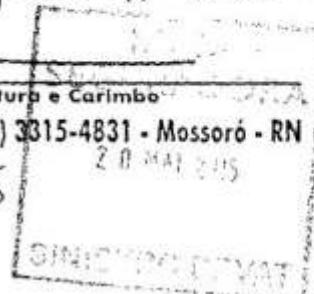
Data: 1 / 1

Assinatura e Carimbo

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

14/03/15

20 MAR 2015





PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Fernandes Expehito de Souza 300381 Cidade: _____
Profissão: _____ Cetão SUS n°: _____
Endereço: Rua: Dolor de Forma Doloroso 1724 Botic
Cidade: Natal U. F.: PE Fone: _____
Filiação: Mãe: _____ Pai: _____

Data: 14/03/2015

Hora: DF 31

A. C. C. R.: _____

VERDE

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

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE moto APRESEN
TANDO FERIMENTO ABRASIVO + EDema (EDEMA) E
EDema no FEMUR COM ORIGEM OSTEAL.

DATA: 14/03/17
ESTÁGIO: 1º
DIA DE MOSCA: 14/03/17
SÉRIE / ARQUIVO: 14/03/17

2. EXAME FÍSICO

A
B
C } NDN

D - GAS, MEGA VÔMITOS + DESMATER

E - FRALDA DE FACE

ALERGIAS - NDN

MEDICAÇÕES EM USO - NDN

VACINAÇÃO - NÃO FUIU INFORMAR.

SEGUIMENTO:

COMPROVANTE DE
ATO DECLARATÓRIO

14/03/2017

SINISTRO NOME:

3. HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICAS(S)

4 - CONDUITA MÉDICA

Date: / /

Horas: 10:00

BHF, 08:00h - PACIENTE DELL ENTRADA AO HIRTH ENCA
LHADO DA LIPA EM REG. ELIPNÉSICO, CONSCIENTE, ORIENTADO.
VÍTIMA DE Queda de moto apresentando edema periorbita
RIO (D), ESCORIALÓPS EM FACE, NEMBROS SUP. E INF. SÍ SOLICIT
ADO CONTROLE DAS IRM. TÍTULO, ABERLURA BILAL LORAL, O
DENTÁRIA DENT ALIGADA, PATTRACÃO VIA INTRABUCAL INTOT
C. ALVIDADE. BILAL MANTIDA. SOLICITO TC FACE Kerleson Paulino de Oliveira

Kerisson Paulino de Oliveira
Crurgião Buco-Maxilo-Fac
CRM/HN - 2273

ESTRUTURA DE FACE - L20 (D)

É NECESSIDADE. BC CIDURGIA

* Encantada niente no Dan Bon Jardin.

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

Digitized by srujanika@gmail.com

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() ALTA DO PRONTO SOCORRO () INTRNAÇÃO HOSPITALAR () TRANSFERÊNCIA () OUTROS (Descrição)

Observações:

Data: / /

Horas:

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
Número 13.284-5
DIRETOR SAMU MOSSORÓ/RN

José Gilliano Carlos de Freitas

Diretor do SAMU Mossoró

CINICOS MOSSORÓ



Dr. RONEY RENO 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 Expediço de Souza

CPF: 011.146.3154-302

1. Diagnóstico médico: _____

2. Foram apresentados exames de imagem?

SIM NÃO

3. Exame Físico

a) Inspeção:

edema, deformidades, dor miótica (rostos) parte direita do rosto.

b) Palpação:

edema, lesão na face.

c) Força:

força, je longa cruxifixo para

MBM	SEGURO DIA
3 AGO. 2013	
REGISTRO DPVAT	

FONE: (84) 98868-6962

E-MAIL: RONEYRENO@HOTMAIL.COM



d) Goniometria:

PURHO - EXTENSÃO 0 GRA: 25°

e) Marcha:

claudicante, antalgica: dor,

f) Testes específicos:

Teste de Phalen (positivo)

Teste de Phalen 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?

Parése de força EM MSC. 03/06/2015

FONE: (84) 98868-6962

E-MAIL: RONEYRENO@HOTMAIL.COM





mesmo UTILIZA MUITO O MEMBRO P/ O
TRABALHO. TAMBÉM MUITA P/ O DE COBERTURA
DEVIDO A FERÇAOS MUITO GRANDES E, MUITO.

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 SINTO MUITAS DORES
AO TRABALHAR.

Possoló, 23 de Julho de 2015.

Roney Remo Praxedes Carvalho
Roney Remo Praxedes Carvalho
RONEY REMO PRAXEDES CARVALHO
Fisioterapeuta



FONE: (84) 98868-6962

E-MAIL: RONEYRENO@HOTMAIL.COM



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
Facial, cursando 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