

# 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: 07/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: EDSON CLEMENTE DE MOURA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01365-X

CONTA: 000000025736-2

---

Nr. da Autenticação 279267ADDD5981AC

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190696542 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDSON CLEMENTE DE MOURA **Data do acidente:** 08/10/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do olecrânio esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Ao exame, apresenta cicatriz do procedimento realizado em face posterior do cotovelo esquerdo. Flexão do cotovelo limitação leve e extensão com limitação discreta.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador inicialmente, após 09 dias do sinistro, realizado procedimento cirúrgico com uso de banda de tensão em olecrânio esquerdo, evoluindo sem complicações, tendo realizado fisioterapia motora.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do cotovelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 23/01/2020

**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
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

**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: **3190696542**

Nome do(a) Examinado(a): **EDSON CLEMENTE DE MOURA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Francivan Geraldo da Silva, 03 - Mossoró - RN - CEP 58051-300**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ssp /RN** ] **003183029**

Data e local do acidente: [ **08/10/2019** ]

**cruzamento com rua Tiradentes x Alfredo Fernandes, centro, Mossoró, RN**

Data e local do exame: [ **23/01/2020** ] **Mossoró** [ **RN** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

***Fratura do olecrânio esquerdo.***

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

***Ao exame, apresenta cicatriz do procedimento realizado em face posterior do cotovelo esquerdo. Flexão do cotovelo limitação leve e extensão com limitação discreta.***

**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.**

***Tratamento conservador inicialmente, após 09 dias do sinistro, realizado procedimento cirúrgico com uso de banda de tensão em olecrânio esquerdo, evoluindo sem complicações, tendo realizado fisioterapia motora.***

**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:**

***Limitação funcional do cotovelo esquerdo***

**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):

Cotovelo esquerdo

% 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

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  
ORÇATELA E TRANSMISSÃO  
CRM 4863

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: **017.007.174-05** 4 - Nome completo da vítima: **EDSON CLEMENTE DE MOURA**

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

5 - Nome completo: **EDSON CLEMENTE DE MOURA** 6 - CPF: **017.007.174-05**  
7 - Profissão: **RECUSO** 8 - Endereço: **RUA FRANCIVAN GERALDO DA SILVA** 9 - Número: **03** 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: **AEROPORTO** 12 - Cidade: **MOSSORÓ** 13 - Estado: **RN** 14 - CEP: **59.600-001**  
15 - E-mail: **mhseguerosdpvat@hotmail.com** 16 - Tel.(DDD): **84 9.9804-9535**

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 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**  
AGÊNCIA: **1365** ☒ CONTA: **25.736** **2**  
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (a) nascer? ☐ 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **MOSSORÓ/RN, 03 DE DEZEMBRO DE 2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FURTOS E ROUBOS DE MOSSORÓ -  
MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 060677/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/11/2019 08:41 Data/Hora Fim: 20/11/2019 09:01  
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró  
Data/Hora do Fato: 08/10/2019 07:50

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)  
Logradouro: Rua Alfredo Fernandes, cruzamento com Rua Tiradentes- Centro

Bairro: Centro

Ponto de Referência: Por traz das Lojas Riachuelos  
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB )	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDSON CLEMENTE DE MOURA (VÍTIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Patu Sexo: Masculino Nasc: 03/09/1994  
Profissão: Entregador  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Rivaneide Maria de Moura Nome do Pai: Luzivan Clemente de Moura

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 017.007.174-05  
RG - Carteira de Identidade: 003.183.029

Endereço

Município: Mossoró - RN  
Logradouro: Rua Francivan Geraldo da Silva Nº: 03  
Bairro: Aeroporto II

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

<b>Grupo</b> Veículo	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>Descrição</b> Motocicleta de placas QGB9H76	<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 034.717.174-55
<b>Placa</b> QGB9H76	<b>Renavam</b> 01081124994
<b>Número do Motor</b> WY139FMA13356683	<b>Número do Chassi</b> LWYMCA20XE6012006
<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2014/2013	<b>Cor</b> VERMELHA
<b>UF Veículo</b> Rio Grande do Norte	<b>Município Veículo</b> Mossoró



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FURTOS E ROUBOS DE MOSSORÓ -  
MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 060677/2019

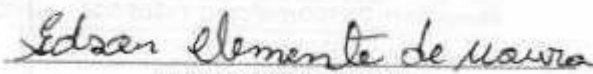
Marca/Modelo	I/WUYANG WY48Q-2	Modelo	I/WUYANG WY48Q-2
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Envolvido, Meio Empregado	Última Atualização Denatran	10/07/2019
Situação do Veículo	NADA CONSTA		
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Desconhecido 1	Possuidor		
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta		
Descrição	Honda /NXR150 Bros, cor vermelha	CPF/CNPJ do Proprietário	017.007.174-05
Placa	OST3A46	Renavam	00598393358
Número do Motor	KD05E5D133221	Número do Chassi	9C2KD0550DR133221
Ano/Modelo Fabricação	2013/2013	Cor	VERMELHA
UF Veículo	Rio Grande do Norte	Município Veículo	Mossoró
Marca/Modelo	HONDA/NXR150 BROS ES	Modelo	HONDA/NXR150 BROS ES
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Envolvido, Meio Empregado	Última Atualização Denatran	25/04/2019
Situação do Veículo	NADA CONSTA		
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Edson Clemente de Moura	Proprietário		

RELATO/HISTÓRICO

Informa o comunicante que conduzia sua motocicleta de placas OST3A46, quando envolvido, conduzindo motocicleta de placas QGB 9H76, sem respeitar a sinalização, abalroou na motocicleta dele comunicante, que veio a sofrer acidente, enquanto este se evadiu e a vítima/comunicante foi conduzido pelo SAMU, para o Hospital Regional Tarcísio Maia, Mossoró-RN.

ASSINATURAS

  
Francisco Clodoaldo da Silva  
Agente de Polícia  
Matrícula 75.434-0  
Responsável pelo Atendimento

  
Edson Clemente de Moura  
(Vítima / Comunicante)

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







Código: 310.183 813



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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 TRAJECTO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

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

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



**SAMU  
MOSSORÓ  
192**

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

**DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 619**

Mossoró 29 de Outubro de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário **EDSON CLEMENTE DE MOURA, 25 anos.**

**Natureza da Ocorrência:** Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Moto

**Data da Ocorrência:** 08/10/2019

**Local da ocorrência:** Rua: Alfredo Fernandes/Centro por trás da Riachuelo

**Viatura:** BRAVO – Unidade de Suporte Bravo de Vida - 03

**Hora do Chamado:** 08h 05min.

**Procedimento no Local:** Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes) e encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró.**

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Edson Clemente de Moura, 25 anos, portador de RG: 003.183.029.**

Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO  
DIRETORA ADMINISTRATIVA  
MAT. 58682-1

**Silvania do Monte Santiago**  
Matrícula 58682-1  
Diretora Administrativa do SAMU/Mossoró

Dr. Dixon Fradik Medeiros Lima  
Diretor Geral  
Mat. 405418-3

**Dixon Fradik Medeiros Lima**  
Matrícula 405418-3  
Diretor Geral do SAMU/ Mossoró