



Número: **0811965-20.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **13/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>FRANCISCO DAMIAO DE MELO SOUZA (AUTOR)</b>	<b>KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA DPVAT (RÉU)</b>	<b>Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59994202	15/09/2020 19:29	<a href="#"><u>2751230_CONTESTACAO_Anexo_03</u></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: 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



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 15/09/2020 19:29:38  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091519293680000000057569506>  
Número do documento: 20091519293680000000057569506

Num. 59994202 - Pág. 1

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### 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 RÁDIO 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

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





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

### 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: 0560

CONTA: 00087518

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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 atende 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. 39, §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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
 teve filhos?  Não Nascidos?  Não teve irmãos?  Não Vivos: Falecidos: pais/avós vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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

*Maria Raquel de Melo*

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

*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

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

EPA

*Maria Raquel de Melo*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPS 001 V002/2019

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (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  
Delegado de Polícia: José Vieira de Castro

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

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

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO DAMIÃO DE MELO SOUZA (VÍTIMA , COMUNICANTE )	
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino
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 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR )

Idade:

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Mossoró - RN

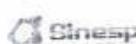
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 016.904.804-75	Placa: NOH3624
Renavam: 00529887819	Número do Motor: HB02E1D417500
Número do Chassi: 9C2HB0210DR417500	Ano/Modelo Fabricação: 2013/2013
Cor: PRETA	UF Veículo: Rio Grande do Norte
Município Veículo: Mossoró	Marca/Modelo: HONDA/POP100

Delegado de Polícia Civil: José Vieira de Castro  
Impresso por: Sérgio Gladson 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  
PÓLICIA 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

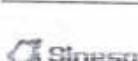
Matrícula 2073978

Responsável pelo Atendimento

Francisco Damião de Melo Souza

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) de(s)cor(a) responsável pelas informações acima inseridas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicado Falso de Crime ou da Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 15/09/2020 19:29:38  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091519293680000000057569506>  
Número do documento: 20091519293680000000057569506

Num. 59994202 - Pág. 5



processo Documento de Nascimento  
Livia

Ao PRAK BOM fórmula

é encaminhado o presente documento  
comprovante dos nascimentos  
digitais dos pacientes P  
para fins de contabilidade

~~Assinatura / Data~~  
Assinatura / Data  
Livia Karina Freitas da Silva  
07/12/2020

7/12/2020





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

José da Silva Souza

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc.

Fem.

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

### JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

Doen + Edema + de fundo de pulmão (R)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Re + tam cloro

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

Re 10.2

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

prospero no de dental (R)

24 - CID 10 PRINCIPAL

552.7

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

Instante exum prosp no de dental (R)

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01401810151016017

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Lia Souza Leite no sub

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

7/2/2021

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTONÔMO

( ) DESEMPREGADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR

48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS

( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

/ /

/ /

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175456/20

**Vítima:** FRANCISCO DAMIAO DE MELO SOUZA

**CPF:** 100.927.634-48

**CPF de:** Próprio

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

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

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

### 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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO DAMIAO DE MELO SOUZA

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 15/09/2020 19:29:38  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091519293680000000057569506>  
Número do documento: 20091519293680000000057569506

Num. 59994202 - Pág. 9