Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **DEBORA ODEZ VIANA**

Nº Sinistro: **3180030127**
Vitima: **DEBORA ODEZ VIANA**
Data do Acidente: **09/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180030127.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.**

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01755/01756 - carta_01 - INVALIDEZ
00020878
Carta nº 12256039

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **DEBORA ODEZ VIANA**

Sinistro: **3180030127**
Vítima: **DEBORA ODEZ VIANA**
Data do Acidente: **09/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180030127** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00483/00484 - carta_02 - INVALIDEZ
00060242
Carta nº 12278107

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2018

Carta n°: 12336850

A/C: DEBORA ODEZ VIANA

Nº Sinistro:	**3180030127**
Vitima:	**DEBORA ODEZ VIANA**
Data do Acidente:	**09/10/2017**
Cobertura:	**INVALIDEZ**

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: **DEBORA ODEZ VIANA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000003064**
Conta: **0000023743-3**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**1.687,50**

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R$	**1.687,50**

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01831/01832 - carta_15R - INVALIDEZ
00010916

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: ***3180030127 - 1***

Nome do(a) Examinado(a): ***DEBORA ODEZ VIANA***

Endereço do(a) Examinado(a): ***RUA DOUTOR GIRAO nº 1066 - REDENCAO - MOSSORO/RN***

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: ***RG 002576214 - SSP***

Data local do exame: ***26/01/2018 MOSSORO/RN***

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame fisico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnôstico(s)

Fratura distal do radio esquerdo.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sito provocada em acidente automobilistico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

[X] SIM [ ] NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

[X] SIM [ ] NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

Segurada atendido no hospital regional Tarcísio maia em Mossoró-RN. Tratada conservador sem sucesso, indicado cirurgia e ainda não realizada e com deformidade em varo do punho esquerdo e atrofia muscular. evoluiu com deformidade em punho esquerdo e limitação media da flexo extensão do mesmo

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

[X] SIM [ ] NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

deficit funcional médio em punho esquerdo.

IV. Segundo o 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 acometico.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

[ ] Vitima em tratamento

Esta avaliaçaõ médica deve ser repetida em dias

[ ] Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

[ ] 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

PUNHO ESQUERDO

[ ] 10% [ ] 25% [X] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquaramento no campo das observações(*).

[ ] Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

revisão avalia em acordo com o examinador , após analise do exame físico e documentação - APRESENTOU RAIO X DA ÉPOCA E ATUAL QUE MOSTRA FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO CONSOLIDADA E COM DEFORMIDADE

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - MOSSORO, 26/01/2018

Médico Perito: FRANCISCO ALMICARDE LOPES CRM:3136/RN

Dr. Francisco Almicarde Lopes
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 3136

Assinatura do perito Examinador - CRM

Autorização de pagamento
0014

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL:

CPF da Vítima: 067-733-274/89

Nome completo da vítima: DEBORA ODEZ VIANA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: DEBORA ODEZ VIANA
CPF titular da conta: 067733274/89
Profissão: RECUSO
Endereço: R. DOUTOR GIRÃO
Número: 1066
Complemento: CASA
Bairro: REDENÇÃO
Cidade: MOSSORÓ
Estado: RN
CEP: 59600-002
Email:
Telefone (DDD): 84 98813-7415

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[ ] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [x] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 3064 D/V (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. 013 000 23743 D/V 3 (Informar dígito se existir)

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO.
AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Mossoró/RN 29 de 12 de 2017
Local e Data

Débora Odez Viana
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

SEGURADORA LIDER DPVAT S 11/01/2018 12:18 - 00000000002

SEGURADORA LIDER RPMT 5 11/01/2018 12:18 - 0000000003

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
SEGUNDO DISTRITO POLICIAL - 2º DP/MOSSORÓ
Rua Camilo de Paula, s/nº, Bairro Nova Betânia, Mossoró-RN, Tel.(0xx84) 3315-5592

BOLETIM DE OCORRÊNCIA (DECLARATÓRIO) Nº 1198/2017.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: **Acidente de Trânsito (Declaratório).**
LOCAL DO FATO: Avenida Integração, Integração, Mossoró/RN.
DATA E HORA DO FATO: 09/10/2017, por volta das 16:45hs.

DECLARANTE: **Débora Odez Viana**
ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Doutor Girão 1066 Redenção, Mossoró/RN.
DATA DE NASCIMENTO: 10/05/88
DOCUMENTO: RG nº 002576214/RN TEL: (84) 988137415
VÍTIMA: A declarante.
NOTICIADO: Motociclista desconhecido, não sabe a placa, não sabe o nome ou característica.

DECLARAÇÃO DA OCORRÊNCIA

A declarante relata que na data, hora e local, acima supracitado, conduzia a moto placa MYP 9014/RN, RENAVAM nº 969559933, Yamaha Neo, em nome de Francisco das Chagas de Sousa, quando ao se assustar com a "barulho" da moto do noticiado na via, "brecou e derrapou", vindo a sofrer uma "queda"; Que foi atendida no Hospital Regional Tarcísio Maia; Que declara o registro do presente BO para fins protocolares para solicitação do pagamento do seguro DPVAT; Nada mais disse.

DATA E HORÁRIO DO ASSENTAMENTO DAS **DECLARAÇÕES: 14/11/2017, às 16h30min.**

OBS.: Não compareceu nenhum servidor desta delegacia (2ª DP de Polícia Civil/Mossoró-RN) no local/dia/data/hora do ocorrido para constatar a veracidade das declarações prestadas.

OBS: As declarações constantes neste ato declaratório para registro do presente B.O. declaratório são de inteira responsabilidade do declarante.
PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Elaboração do B.O. declaratório. Não houve representação criminal ou procedimento policial/investigatório instaurado nesta 2ª DP-Mossoró/RN.

Débora Odez Viana
ASSINATURA DO **DECLARANTE RESPONSÁVEL**

ape helder-1690205

SEGURANÇA LIDER DPHT 5 11/01/2018 12:19 - 00000000000

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Certidão de Inexistência do IML
0004

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 449/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
DEBORA ODEZ VIANA	067 723 374/53	09/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame 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 da 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 da existência 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 a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Mossoró/RN 29 de 12 de 2017
Local e Data

Débora Odez Viana
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

ATO

Documento de um documento

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 719

Mossoró 07 de Novembro de 2017

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a): **DEBORA ODEZ VIANA,**

RG: 002.576.214 passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: 29

Nome do Paciente: DEBORA ODEZ VIANA, 29 anos.

Data: 09/10/2017

Local da ocorrência: Av: Integração.

Viatura: USB – Unidade de Suporte Básico 02.

Hora do Chamado: 16h 45min.

Natureza da Ocorrência: Queda de moto.

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

SEGURANÇA LUCER ENVIT 5 11/01/2018 12:19 - 00000000842

Dr. Dixon Fradik M. Lima
Clínico Geral / Cardiologia
CRM 5967

Silvania do Monte Santiago
Agente administrativo SAMU/Mossoró

Dixon Fradik Medeiros de Lima
Matrícula 405418-2
Diretor do SAMU/ Mossoró

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: 30/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEBORA ODEZ VIANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000023743-3

Nr. da Autenticação FA2E827CAAC49B0F

Comprovante de pagamento

cosern
neoenergia

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Potengi, 150 - Bairro Lagoa Nova - Natal - RN - CEP 59056-450
CNPJ 08.324.196/0001-57 - Insc. Est. 20053195-0 - www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
DEBORA UDEZ VIANA
CPF: 007.720.274-99
CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DOUTOR GRACO DIAS
REDENCAO/AREA URBANA
MOSSORO/RN
59600-000

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7011817810	09/2017

DATA DE VENCIMENTO	DATA ATUAL PROXIMA LEITURA
27/09/2017	20/10/2017

TOTAL A PAGAR (R$): 141,00

NF DA ANTERIOR	SERIE	EMISSAO
000089251	UNICA	26/08/2017

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/09/2017	3011151431	2581158

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo (kWh)	213,000000	0,5281154361	112,47
Acrescimo Bandeira AMARELA			3,17
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,63
Contribuição Iluminação Pública			11,22
Multa por atraso-NF 000089452 - 20/07/17			2,69
Juros por atraso-NF 000089452 - 20/07/17			1,88
Atualização IGPM-NF 000089452 - 20/07/17			0,06

TOTAL DA FATURA: 141,00

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		213,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

SEGRAGADA LIVRE DPNOT 5 11/01/2018 12:18 - 000008000038

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA, RG nº 000488394 data de expedição 9/10/2004 Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 157.094.264/15 com domicílio na cidade de MOSSORÓ, no Estado de RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) MARCO MONTE, nº 50, complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima DEBORA ODEZ VIANA cujo o condutor era DEBORA ODEZ VIANA.

Veículo: YAMAHA
Modelo: AT115
Ano: 2008
Placa: NVP-9014
Chassi: 9C6KE1000800181158
Data do Acidente: 09/10/2012
Local e Data: MOSSORÓ/RN 13/11/2017

4º OFÍCIO MOSSORÓ-RN

Assinatura do Declarante

Débora Odez Viana

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

RECONHECO a firma em FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA
POR SEMELHANÇA
Liv. 35 Fls. 157
23 NOV. 2017
Maria Lucivam F. Silva Azevedo
Maria Lucimar Fontes
Denis Fontes de Melo Sousa
Marisaias Prata de M. Júnior

TELEFAX-(84) 3321-6610

SEGURADORA LIDER DPVAT 5 11/01/2018 12:18 - 000000084

Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSADO NETO

Documentação médico hospitalar
00089

2617.289

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Deborah Odez Viana D. N. 10/05/88 Idade:
Profissão: Cartão SUS nº
Endereço: Rua: Antonio Fagundes, 13 Bairro: Integração
Cidade: Mossoró U.F. RN Fone:
Filiação: Mãe: Pai:

Data: 09/10/2017 Hora: 17:09 A.C.C.R.: Classificação 15

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

Relato de queda de nível com trauma direto e entalhação em hipocondrio left. Nega perda de consciência. Nega uso de AVD

2 - EXAME FÍSICO

PA = 130/80 SAT = 97% FC = 78

Lucida, corada, hidratada, orientada e eupneica

Abd: Flácido e indolor

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO V...
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 31/10/2017
SAME/ARQUIVO

SEQUENCIAL UNICO DIARIO 5 11/10/2018 12:49 - 00000000000

4 - CONDUTA MÉDICA Data: Hora: 17:20

Rommell Vieira
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Cirurgia Geral
CRM/RN 6362

Dr. Antonio Ribeiro de A. Neto
ORTOPEDIA/ TRAUMATOLOGIA
CRM 1161-RN

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA

Dr. Antonio Ribeiro de A. Neto
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 31/10/2017
SAME/ARQUIVO

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITI(S)

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

( ) ALTA DO PRONTO SOCORRO ( ) INTERVENÇÃO HOSPITALAR ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) OUTROS (Descrever)

Observações:

Data: / / Hora: :

Identificação Médica

UGV

SUS — 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: Deborah Cristy Viana

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO: / /

9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]

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: Dor A [illegible] de joelho direito e [illegible] do joelho D. Mantém estiramento

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Alt cirúrgica

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): [illegible] normais

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Ro [illegible]

24 - CID 10 PRINCIPAL: S62.0

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Alt cirúrgica [illegible] (cada carpo)

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408020406-6

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: Hélio Jules Barreto Ortopedia CR de Joelho CRM-PB 11721

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 09/10/17

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

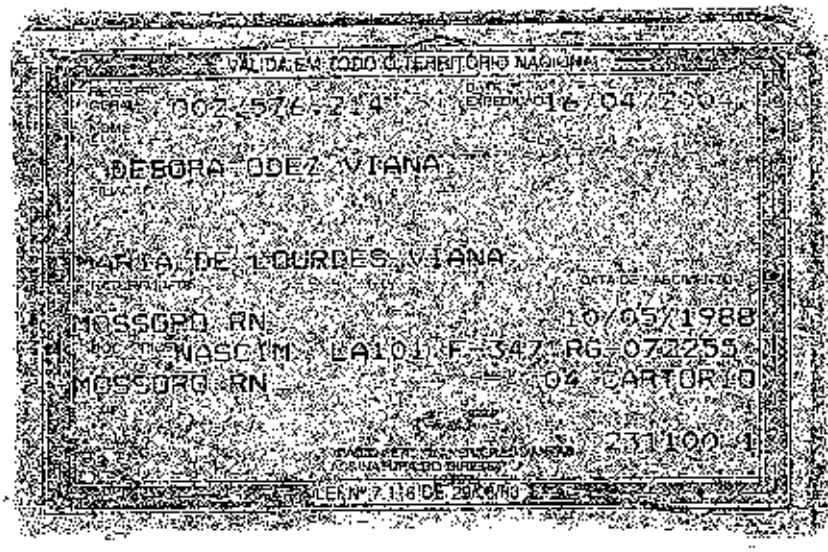
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

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

HOSPITAL REGIONAL [illegible] SAME MOSSORÓ ESTA CONFORME O ORIGINAL SAME/ARQUIVO 31/10/2017

SAME/HRMM 3 11/01/2018 12:19 - 0000 [illegible]



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REG. 002.576.214 EXPEDIÇÃO 16/04/200

DEBORA ODEZ VIANA

MARIA DE LOURDES VIANA

MOSSORO RN DATA DE NASCIMENTO 10/05/1988

NASCIM. LA101 F. 347 RG 072255

MOSSORO RN 04 CARTORIO

231100 1

LEI Nº 7.116 DE 29/8/83

Documento de Identificação
00124

SEGURADORA LIDER (PART) S 11/01/2018 12:16 - 00000000004

Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **067.723.274-89**

Nome: **DEBORA ODEZ VIANA**

Data de Nascimento: **10/05/1988**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **25/05/2004**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **21:55:25** do dia **06/12/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **929D.CB26.CF59.B642**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF" (/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

SEGURANÇA LIBER DRIVE S 11/01/2018 12:18 - 000000035

SEGURADORA LIDER WEBT 5 11/01/2018 12:18 - 0000000007

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN RN — Nº 6536865930

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

DENATRAN

CONTRAN

VIA | CÓDIGO DE MODELO | R.

CHASSI | COMBUSTÍVEL

RENAVAM | PLACA

PROPRIETÁRIO

PLACA ANT./UF | CHASSI

PESO BRUTO TOTAL | COMBUSTÍVEL

MARCA/MODELO | ANO FAB. | ANO MOD.

CAPACIDADE | CATEGORIA | COR PREDOMINANTE

OBSERVAÇÕES

ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA EM FAVOR DE

LOCAL | DATA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015264/18
Vítima: DEBORA ODEZ VIANA
CPF: 067.723.274-89

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 09/10/2017
Titular do CPF: DEBORA ODEZ VIANA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DEBORA ODEZ VIANA : 067.723.274-89
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 11/01/2018	Data do cadastramento: 12/01/2018
Nome: DEBORA ODEZ VIANA	Nome: JANAINA RIBEIRO DE ALMEIDA
CPF/CNPJ: 067.723.274-89	CPF: 870.655.687-68
DEBORA ODEZ VIANA	JANAINA RIBEIRO DE ALMEIDA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 000.488.394 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/01/200

FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA

RAIMUNDO MANOEL DE SOUZA
FRANCISCA ANTONIA DA CONCEICAO

GROSSOS RN 05/01/195
NASCIM LA-08 F-140 RG-000501
GROSSOS RN 01 CARTOR
CPF 157.094.264-15
2 VIA PÁSSARO BRANCO 131100

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

prop. Veiculo

SEGURADORA LIDER RNT 5 11/01/2010 12:19 - 000010004

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180030127
Cidade: Mossoró
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: DEBORA ODEZ VIANA
Data do acidente: 09/10/2017
Seguradora: BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME MEDICO PERICIAL - Analista não identificou (quantificou) possiveis sequelas atraves dos documentos anexados

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PRESTADOR

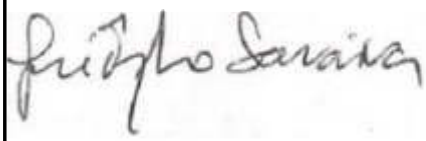
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180030127
Cidade: Mossoró
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: DEBORA ODEZ VIANA
Data do acidente: 09/10/2017
Seguradora: BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do radio esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: deficit funcional médio em punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Segurada atendido no hospital regional Tarcísio maia em Mossoró-RN. Tratada conservador sem sucesso, indicado cirurgia e ainda não realizada e com deformidade em varo do punho esquerdo e atrofia muscular. evoluiu com deformidade em punho esquerdo e limitação media da flexo extensão do mesmo

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/01/2018

Conduta mantida:

Observações: revisão avalia em acordo com o examinador , após analise do exame físico e documentação - APRESENTOU RAIO X DA ÉPOCA E ATUAL QUE MOSTRA FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO CONSOLIDADA E COM DEFORMIDADE

Médico examinador: FRANCISCO ALMICARDE LOPES

CRM do médico: 3136

UF do CRM do médico: RN

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**

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: