

# BANCO DO BRASIL S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MARIA AURICELIA VIANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00763

CONTA: 000000018119-7

---

Nr. da Autenticação 628D4F5625577949

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014720191

**Cidade:** Pau dos Ferros

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARIA AURICELIA VIANA

**Data do acidente:** 29/04/2014

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA PERNA ESQUERDA (TERÇO PROXIMAL).

**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA BLOQUEIO PARCIAL DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** VITIMA EM BOM ESTADO GERAL, REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR EM PERNA ESQUERDA E TEVE ALTA MEDICA EM SETEMBRO DE 2014.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 24/09/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** André Fernandez de Oliveira - CRM: 4677

**CRM do médico:** 4677

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50%	12,5 %	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Data local do exame:** [ 24/09/2014 ] *Pau dos Ferros* [ RN ]

[illegible]

André Fernandez de Oliveira - CRM: 4677 - RN

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014720191

**Cidade:** Pau dos Ferros

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARIA AURICELIA VIANA

**Data do acidente:** 29/04/2014

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/09/2014

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO CORPO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**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

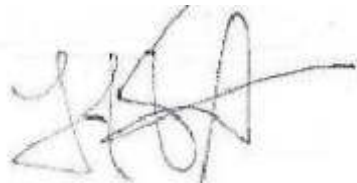
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





## JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUARIO COMPLETO

Eu, MARIA AURIZELIA VIANA, brasileiro (a),  
portador do Rg nº 2.700.118 e CPF 008.652.584-06  
residente e domiciliado (a) RUA AFONSO SILVA  
Bairro DOMINOS BANDEIRA Município POU DOS LEROS venho perante a  
seguradora Líder dos consórcios, afirmar que não tenho nenhum desses documentos  
exigidos pela seguradora Líder.

1. Relatório de internamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e tratamentos realizados (clínicos, cirúrgico e fisioterapêuticos) e data de alta hospitalar.
2. Relatório de tratamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data de conclusão do tratamento.

Venho por essa declarar que não tenho nenhum desses documentos acima citados. Pois devidos muitos problemas não fiz o tratamento por completo e nem tenho condições de fazer.

Espero que os senhores compreendam a minha situação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO DE PERICIA para confirmar minhas sequelas de acordo com o laudo medico.

Local \_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_\_

Atenciosamente

Maria Aurizelia Viana



Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2014

Carta nº: 5413970

A/C: MARIA AURICELIA VIANA

Sinistro: 2014720191  
Vítima: MARIA AURICELIA VIANA  
Data Acidente: 29/04/2014  
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: **MARIA AURICELIA VIANA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000763**

Conta: **0000018119-7**

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 joelho 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





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

EU, MARIA AURICELIA VIANA  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1.700.118 EXPEDIDO POR SSPI RN EM 24/05/1996 E  
 CPF 0086521584-06 CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO comerciária  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 ( \*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA AURICELIA VIANA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, 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 constituir 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
 BANCO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
 BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
 BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
 BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
 BANCO 104 • AGÊNCIA 0463 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 18119-7

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

LOCAL \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Maria Auricélia Viana

## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO  
DIRETORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPCIN  
4ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE PAU DOS FERROS/RN  
Rua José Meirelles Ponchet, 151 - São Benedito - CEP 59.900-000 - fone/fax (84) 351-9650

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1229/2014.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO (Colisão entre veículos e queda de motocicleta).

Local: Av. Independência, bairro João XXIII, Pau dos Ferros/RN (em frente a Dedé Prius).

Data e hora do fato: 29.04.2014, por volta das 18h00min.

COMUNICANTE: MARIA AURICÉLIA VIANA - Epíteto: AURICÉLIA.

Endereço: Rua Afonso Silva, 156, bairro Domingos Gameleira, Pau dos Ferros/RN.

Filiação: João Viana Sobrinho e de Alaide Viana Fernandes.

Naturalidade: Pau dos Ferros/RN.

Data de Nascimento: 29.11.1976.

Documento: RG nº 1.700.118 - SSP/RN

CPF nº 008.652.584-06.

Profissão: Comerciante

Estado Civil: Solteira

Grau de instrução: Alfabetizada.

VÍTIMA: O COMUNICANTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

\*1004026\*



IDENTIFICAÇÃO DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS

VEÍCULO 1

ESPÉCIE/TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA

MARCA/MOD: HONDA/CG 125 FAN KS.

PLACA: OCS-8755/CE

CHASSI Nº. 9C2JC4110BR797389.

ANO/MOD: 2011/2011

COR: PRETA.

RENAVAN: 340954990

PROPRIETÁRIO: A COMUNICANTE.

CONDUTOR (A): A COMUNICANTE.

**HISTÓRICO:** Nesta data por às 08:31horas, compareceu nesta Delegacia, à pessoa da comunicante acima qualificada, a qual DISSE: Que no local, data e horário acima citados, conduzia a motocicleta acima identificada quando colidiu na lateral de um automóvel que cruzou a via, e perdeu o controle da moto caindo na pista de rolamento. Que do acidente resultou a comunicante escoriações múltiplas, fratura em joelho direito e rompimento de ligamentos; Que foi socorrida por populares e recebeu atendimento médico no hospital regional de Pau dos Ferros/RN, e posteriormente, na clínica Ortopédica do Dr. Emanuel Fernandes, nesta cidade; Que se responsabiliza civil e criminalmente pelo inteiro teor que originou o presente Boletim de Ocorrência, o qual afirma ser de total veracidade, inclusive apresentou nesta Unidade Policial documentos que comprovam seu atendimento no hospital regional de Pau dos Ferros/RN

**PROVIDÊNCIAS ADOTADAS:** Registro do Boletim de Ocorrência (Certidão).

**TESTEMUNHAS:**

NOME: Manoel Pereira da Silva Neto, RG nº 2307454 - SSP/RN.

END.: Sítio Arapua, casa 106, zona rural, São Francisco do Oeste/RN.

Assinatura: *Manoel Pereira da Silva Neto*

NOME: Maria das Graças Gomes, RG nº 716.456 - SSP/RN.

END.: Rua José Florêncio, 221, bairro Alto do Açude, Pau dos Ferros/RN.

Assinatura: *Maria das Graças Gomes*

Pau dos Ferros (RN), 02 de julho de 2014.

*Maria Auricélia Viana*  
Assinatura do Comunicante

*[Assinatura]*  
Assinatura de Almeida  
Assinatura de Almeida  
Assinatura de Almeida





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA AURIZELIA VIANARG nº 2.702.448 data de expedição 24/05/1996 Órgão SSP/RNCPF nº 008.652.584-06 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Afonso SILVA</u>
Número	<u>156</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>DOMINOS GANHELEIRA</u>
Cidade	<u>PAU DOS FERROS</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(084) 99326819</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Declarante: Maria Aurizelia Viana

# HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

38.405 Km 63, Edifício Anzani, Pau dos Ferros BL, Tel: (55) 3251-9240

## BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: MARIA AURICÉLIA VIANA

TEL:

Nº REG: 275966

Nas 29/11/1976 3-Feminino Solteiro

Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº 1700118

Pai: JOÃO VIANA SOBRINHO

Mãe: ALAIDE VIANA FERNANDES

Endereço: AFONSO SILVA

156 JOÃO XXIII

PAU DOS FERROS

RN

Responsável: CNS.206751649280004

TEL:

Endereço do Responsável:

Serviço: Urgência/emergência

Enfermaria:

Leito:

Admissão: 29/4/2014

Hora admissão: 18:47

Data da Alta:

Hora da Alta:

Dados Clínicos: PA: ..... mmHg Pulso: ..... Bpm Temp: ..... FR: .....

Acidente de Trabalho Sim Não

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

*Quilvânia Ferreira Gomes*  
Auxiliar de Saúde  
Núcleo de Vig. e Saúde Coletiva  
Mat. 155.694-0

*toque com resina*  
*toque com*

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
11 SET 2014  
JEM REGULADORA

Lesões ou afecções encontradas

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

10046



DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 18:47

CRM

*R. B. B. B.*  
HOSPITAL DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE  
AUTENTICAÇÃO  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Pau dos Ferros-RN 29/05/2014

*R. B. B. B.*  
Marizete Fernandes  
Chefe de Seção do S.A.J.  
MAT. 682338 - PORT. 189.000.000

03

EXAMES COMPLEMENTARES:

CONDUTA:

Diagnóstico Sólido 73. ————— 19:10  
Oly 777

Médico / Carimbo:

José Fernando Neto  
CRM 1781  
Médico

DESTINO DO PACIENTE:

Data 29/04/14 hora: \_\_\_\_\_

Destino:

Cl. Médica: ☐Cl. Cirúrgica ☐Cl. Obstétrica: ☐UTI Adulto: ☐Pediatría: ☐Alta Médica: ☐Alta a pedido: ☐Alta a revelia: ☐Transferência: ☐Óbito: ☐

Médico / Carimbo:

*Volta para casa tudo ok*

BOLETIM DE URGÊNCIA

030309 020

Nome: MARIA AURICÉLIA VIANA

TEL:

Nº REG: 279544

Nas 29/11/1976 3-Feminino Solteiro

Cert.nasc.

Título

CPF

RG

Nº

1700118

Pai: JOÃO VIANA SOBRINHO

Mãe: ALAIDE VIANA FERNANDES

Endereço: AFONSO SILVA

156 JOÃO XXIII

PAU DOS FERROS

Responsável: CNS.206751649280004

TEL:

Endereço do Responsável:

Serviço: Urgência / emergência

Enfermaria:

Admissão: 13/5/2014 Hora admissão: 17:33 Data da Alta:

Dados Clínicos: PA:..... mmHg Pulso:..... Bpm Temp:.....

Alega Acidente de Trabalho Sim Não

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

*menor de idade de  
maquiagem há 5 meses  
de tórax há 1 mês*

Lesões ou afecções encontradas

*2008  
Dr. Fome fratura proximal*

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 17:33

CRM

*8/13/2014*  
HOSPITAL DE CLEODON CARLOS DE ANDRADE  
AUTENTICAÇÃO  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Pau dos Ferros RN 29.10.2014

*8/13/2014*  
Marizete Fernandes  
Chefe de Seção do SAME  
MAT. 662336 - PORT. 168 DE 20.04.20

*04*

## EXAMES COMPLEMENTARES:

2. hs. puna ⑤ mh  
 1. hs. hmg ⑤ mh  
 pi ⑤

## CONDUTA:

01. Juro bebe bohe + outras sobre  
 1. hs. hmg  
 02. amado sobre repasso : sobre ambiente

Dr. Emanuel F. Paula  
 Médico / Carimbo:

Médico / Carimbo:

## DESTINO DO PACIENTE:

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ hora: \_\_\_\_

Destino: Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica: ☐ Cl. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatria: ☐  
 Alta Médica: ☐ Alta a pedido: ☐ Alta a revelia: ☐ Transferencia: ☐ Óbito: ☐

Médico / Carimbo:





**FLÁVIA RAFAELA MAGALHÃES**

**Perito Cinesiológico-Funcional**

CPF: 064.223.524-41

(84) 9972-5272 | 8822-7878

CREFITO: 184431-F



**Laudo Funcional para fins de verificação e  
quantificação das lesões em vítimas do Seguro DPVAT**

Nome da Vítima: Maria Auricélia Viana  
CPF: 008.652.584-96  
Data do acidente: 21/04/2014

Perícia realizada por profissional devidamente capacitado e regulamentado de acordo com as Resoluções nº41 de 18 de junho de 2009 e nº 381 de 03 de novembro de 2010.

**DOCUMENTO CONFIDENCIAL, DE CIRCULAÇÃO RESTRITA, REGIDA POR SIGILO**

**Resultado da Avaliação do Perito Examinador**

1. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ Sim    ( ) Não    ( ) Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas:

Parte com atestado de incapacidade

2. Com base no quadro clínico atual da Vítima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

membr. superior esquerdo

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

fratura com deslocamento com  
comprometimento ligamentar com  
tratamento medicamentoso

CID: S82.1 S83.5

3. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos: ☒ Não    ( ) Sim.

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares: ☒ Não    ( ) Sim.

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

4. Com base no exame cinesiológico-funcional se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) ( ) Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

*Handwritten signature/initials.*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO TECNOLÓGICO DE POLÍCIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

**CARTERA DE IDENTIDADE**

*Maria Auricélia Viana*

**1.700.118**

**24.05.1996**

**29.11.1976**

**C/Nasc.487, Liv.A-2, Pts.78. do**

**Cart. de São João do Oeste-RN**

*João Viana Sobrinho*

*Alaide Viana Fernandes*

*Paulo dos Ferraz-RN*

*José Roberto G. Marinho*

**Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válida a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.**

**VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

**Emitido em : 24/12/97**

*Maria Auricélia Viana*

**VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

**1.700.118**

**24.05.1996**

**29.11.1976**

**C/Nasc.487, Liv.A-2, Pts.78. do**

**Cart. de São João do Oeste-RN**

*João Viana Sobrinho*

*Alaide Viana Fernandes*

*Paulo dos Ferraz-RN*

*José Roberto G. Marinho*

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da Receita Federal**

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

**NOME**  
**MARIA AURICÉLIA VIANA**

**Nº de Inscrição**  
**008662584-08**

**Data do Nascimento**  
**29/11/76**

VITIMA

PROTOCOLADO  
RECEBIDO  
29 ABO. 2014  
JEM REGULADORA