

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:



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

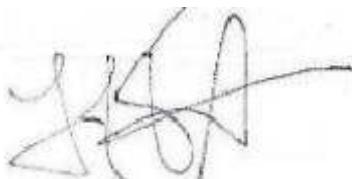
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

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 PRONTUÁRIO COMPLETO

Eu, Maria Auricelia Viana, brasileiro (a),
portador do Rg n° 2.700.118 e CPF 008.652.581-06,
residente e domiciliado (a) Rua Afonso Silva,
Bairro DOMÍNIOS BANANEIRAS Município Pau dos Ferros, 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 Auricelia Viana





Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2014

Carta n°: 5413970

A/C: MARIA AURICELIA VIANA

Sinistro: 2014720191
Vitima: 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%

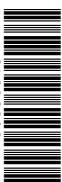
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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.

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 N° 1.700.118 EXPEDIDO POR SSP/RN EM 24/05/1996
CPF 008662584-06 (CNPJ) 00000000-0000-00, PROFISSÃO colaboradora
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):

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 0163 (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 Auxiliadora 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 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 - DEGEPOL
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) 3351-9680

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 Pneus).

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

COMUNICANTE: MARIA AURICÉLIA VIANA - Epiteto: 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: Comerciária

Estado Civil: Solteira

Grau de instrução: Alfabetizada.

VITIMA: O COMUNICANTE

IDENTIFICAÇÃO DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS

VEÍCULO 1

ESPÉCIE/TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA

PLACA: OCS-8755/CE

MARCA/MOD: HONDA/CG 125 FAN KS.

ANO/MOD: 2011/2011

CHASSI N°: 9C2JC4110BR797389.

RENAVAN: 340954990

COR: PRETA.

CONDUTOR (A): A COMUNICANTE.

PROPRIETÁRIO: A COMUNICANTE.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



HISTÓRICO: Nesta data por às 08:31horas, compareceu a esta 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 Ortoclinica 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 Arapuá, 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 Açu, Pau dos Ferros/RN.

Assinatura: Maria das Graças Gomes

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

Maria Auricélia Viana

Assinatura do Comunicante

José Antônio de Almeida
Assinatura do Delegado - SSP/RN
Escritório





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria AURIZELIA VIANARG nº 1.700.418 data de expedição 24/05/1996 Orgão SSP/RN

CPF nº 008.650.584-06, 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>DOMÍNIO DOS FERROS</u>
Cidade	<u>PAU DOS FERROS</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(084) 9932.6819</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Maria Aurizelia Viana

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: MARIA AURICÉLIA VIANA

TEL:

Nº REG: 275966

Nas 29/11/1976 | 3-Feminino | Solteiro

Cert.nasc. Título CPF RG N°

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:

Sua Avenida de Trabalho

Sim

Não

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

Chamada de emergência
Auxiliar de Saúde Pública
Núm. de Telef. 155.634-0

PROTOCOLO
RECEBIDO
11 SET 2014
JEM REGULADORA

Lesões ou afecções encontradas

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR



DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DÉFINITIVO:

Hora: 18:47

CRM

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

R / Bento
Manoel Fernandes
Chefe da Seção do SAJ,
MAT. 682258 - PORT. 188 DE 2014

03

BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

CONDUTA:

D. Edvaldo Soares 78.

19/10

DR. TH

Médico / Carimbo:

José Fernando Neto
CRM 1750
Médico

DESTINO DO PACIENTE:

Data: 29/10/11 hora: _____

Destino:

Cl. Médica: Cl. Cirúrgica: Cl. Obstétrica:

UTI Adulto: Pediatria:

Destino:

Cl. Médica: Cl. Cirúrgica: Cl. Obstétrica:

UTI Adulto: Pediatria:

Alta Médica: Alta a pedido: Alta a revelia: Traqnsferencia: Óbito:

Médico / Carimbo:

BOLETIM DE URGÊNCIA

030309 020

Nome: MARIA AURICÉLIA VIANA

TEL: 279544

Nas 29/11/1976 3-Feminino Solteiro

Cent.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:

Leito:

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):

trabalhava na justa da
 mola de chão na hora de
 descer e caiu na hora de
 descer e caiu na hora de

Lesões ou afecções encontradas

3008
 2m. fome prob. frontal (C)

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 17:33

CRM

8/5/2014
 HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE
 AUTENTICAÇÃO
 CONFERE COM O ORIGINAL
 PNU DA FERROVIA 2014-05-12 14:17

8/5/2014
 Marizete Fernandes
 Chefe do Setor do SAME
 MAT. 88258 - PORT. 168 DE 2014-05-12

8/5/2014

BOLETIM DE URGENCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

lba punha ⑤ nh
lba sangue ⑤ nh
pi ⑤

CONDUTA:

01. Fazia banho e sangue de hem
faz opção
02. admisso sobre referência: alterar conduta



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

PROTOCOLO
RECEBIDO
11 SET 2014
JEM REGULADORA

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

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

Perícia realizada por profissional devidamente capacitado e regulamentado de acordo com as Resoluções nº 41 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:

Praticava um ato desportivo

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

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

Membro inferior 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 em nível esquerdo com
desprendimento ligamentar com
deslizamento imobilizado.

CID: 5821 5835

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.

