

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180163650 **Cidade:** Governador Dix-Sept Rosado **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE **Data do acidente:** 11/02/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO

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: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE

Nº Sinistro: 3180163650

Vitima: ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE

Data do Acidente: 11/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180163650**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE

Nº Sinistro: 3180163650

Vitima: ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE

Data do Acidente: 11/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180163650**.

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.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

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE

Nº Sinistro: 3180163650

Vitima: ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE

Data do Acidente: 11/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180163650**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE

Sinistro: 3180163650

Vítima: ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE

Data do Acidente: 11/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO

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 3180163650** 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

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Carta n°: 12982311

A/C: ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE

Nº Sinistro: 3180163650
Vitima: ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE
Data do Acidente: 11/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO

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: ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000002084-2

Conta: 000008607-X

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

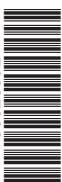
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

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



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

Sinistro: **3180163650**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA FRANCISCO DE ALMEIDA nº 14 - CENTRO - GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO/RN**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número:

Data e local do acidente: **11/02/2018 GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO/RN**

Data e local do exame: **30/05/2018 MOSSORÓ/RN**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE UMERO PROXIMAL DIREITO COM LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR, EMBORA TIVESSE INDICAÇÃO CIRURGICA O PACIENTE RELATA QUE NAO TEVE CONDIÇÕES FINANCEIRAS DE REALIZAR O TRATAMENTO CIRURGICO.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

LIMITAÇÃO EM 20% PARA FLEXÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO

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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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): **OMBRO DIREITO**

10% 25% 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%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: TARCISIO BESSA CAVALCANTE FILHO CRM:7629/RN

*Dr. Tarcísio Bessa C. Filho
MÉDICO
CRM/RN 7629*

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



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

423.384.254-72

Nome completo da vítima

Antônio Avanilson Ribeiro de Vale

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Antônio Avanilson Ribeiro de Vale

CPF titular da conta

423.384.254-72

Profissão

Receia

Endereço

Rua Francisco de Almeida

Número

14

Complemento

Bairro

Centro

Cidade

Grau. Dix-Sept Rosado

Estado

RN

CEP

59.790-000

Email

aldenor.meteo.adv@gmail.com

Telefone (DDD)

184198889-3174

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

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)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Banco do Brasil

001

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

2084

2

8.607

1

(Informar dígito se existir)

(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.

Meusso/AN 03 de Abril de 2018

Local e Data

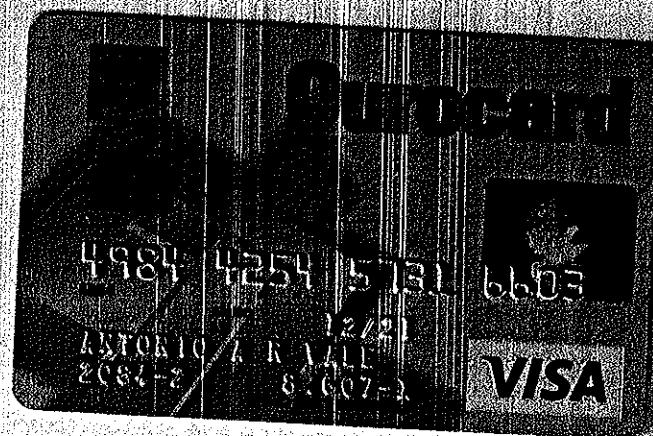
PROTOCOLO
RECEBIDO

11 Abr 2018

TERRA DO SOL ADM
CORRETORA DE SEGUROS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PROTOCOLO
RECEBIDO

11 ABR/2018

TERRA DO SOL ADM.
E COMÉRCIO DE SEGS

**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

423.384.254-72

Nome completo da vítima

Antônio Avanilson Ribeiro de Vale

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Antônio Avanilson Ribeiro de Vale	CPF titular da conta	423.384.254-72	Profissão	Recreio
Endereço	Rua Francisco de Almeida	Número	14	Complemento	
Bairro	Centro	Cidade	Gov. Dix-Sept Rosado	Estado	RN
Email	eldeonmota90@gmail.com	CEP	59.790-000	Telefone (DDD)	1841988893774

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: Banco do Brasil NRO. 001
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (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.

Moçambique/RN, 23 de abril de 2018

Local e Data

PROTOCOLO
RECEBIDO

25/04/2018

TERRA DO SOL ADM
E CONSTRUÇÃO DE SEGS

Antônio Avanilson Ribeiro de Vale

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

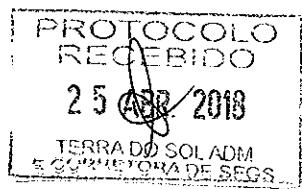
87 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(mediante protocolo no SAI)

20/04/2018 - BANCO DO BRASIL S.A. 09.06.07
 0208470087 AUTO-ATENDIMENTO

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 2084-2	CONTA: 8.607-X
CLIENTE: ANTONIO AVANILSON R VALE	
HISTORICO	DOCUM.
29/03/2018	VALOR
Saldo Anterior	
	000,00





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE GOV. DIX-SEPT-ROSADO

Endereço: RUA MANOEL SALVIANO, S/N, CENTRO, PORTALEGRE

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J201815500031

1.2 Data de Expedição: 21/02/2018 14:37:34

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 11/02/2018 20:00:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.7 Logradouro: RUA JOSUÉ DIAS, EM FRENTE À CANTINA BRASIL

2.6 Tipo do local: Urbano

2.9 CEP:

2.8 Número: SN

2.11 Ponto de Referência:

2.10 Complemento:

2.13 Cidade: MOSSORÓ

2.12 Bairro: CENTRO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ANTÔNIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: RAIMUNDO PIO DO VALE

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: ALVANIR RIBEIRO DO VALE

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 42338425472

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 30/04/1965

3.13 Profissão: DESEMPREGADO

3.14 RG: 761657 - SSP RN

3.15 Telefone(s): 84 996706100

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 14

3.18 Naturalidade: GOV. DIX-SEPT ROSADO/RN

3.19 Bairro: CENTRO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA FRANCISCA DE ALMEIDA

3.23 Cidade: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

6.1.1 Nome Completo: JOSE IDAILSON RIBEIRO

5.1.3 Estado civil: Solteiro(a)

6.1.2 Nome Social:

6.1.5 Identidade Gênero:

5.1.4 Etnia: Parda

6.1.7 Orientacão Sexual:

6.1.6 Mãe: MAISA ALVES ROSA RIBEIRO

6.1.9 Pai: Parda

6.1.8 Sexo: MASCULINO

6.1.11 Data de Nascimento: 25/06/1980

6.1.10 CPF: 01187672408

6.1.13 RG: 001972103

6.1.12 Nacionalidade:

6.1.15 Profissão: VIGILANTE

6.1.14 Passaporte:

6.1.18 CEP:

6.1.16 Logradouro: RUA FRANCISCO DE ALMEIDA

6.1.20 Cidade: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO

6.1.17 Número: 123

6.1.19 Bairro: CENTRO

6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

6.2.1 Nome Completo: ANTONIO TIAGO SILVA DE SOUZA

5.2.3 Estado civil: Solteiro(a)

6.2.2 Nome Social:

6.2.5 Identidade Gênero:

5.2.4 Etnia: Parda

6.2.7 Orientacão Sexual:

6.2.6 Mãe: MARIA JANEIDE DA SILVA E SOUZA

6.2.9 Pai: Parda

6.2.8 Sexo: MASCULINO

6.2.11 Data de Nascimento: 29/10/1993

6.2.10 CPF: 01806180405

6.2.13 RG: 003259457

6.2.12 Nacionalidade:

6.2.15 Profissão: ESTUDANTE

6.2.14 Passaporte:

6.2.18 CEP:

6.2.16 Logradouro: RUA FRANCISCO DE ALMEIDA

6.2.20 Cidade: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO

6.2.17 Número: 123

6.2.19 Bairro: CENTRO

6.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 9C2KC2210JR017875

7.1.4 Renavam: 00139618234

7.1.5 Placa: QGU4630

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: C3

7.1.9 Ano do Modelo: 2018

7.1.10 Ano de Fabricação: 2017

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: LIZIANE PEREIRA DO VALE

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: ANTÔNIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

COMPARCEU A ESTA UNIDADE POLICIAL INFORMANDO QUE, NA REFERIDA DATA E LOCAL, O COMUNICANTE PILOTAVA A MOTO CITADA ACIMA; QUE, DEVIDO AO FATO DE A PISTA ESTÁ MOLHADA, O COMUNICANTE DERRAPOU E CAIU POR CIMA DO BRAÇO, VINDO A FRATURAR O OMBRO DIREITO. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

PROTOCOLO RECEBIDO

11 ABR. 2018

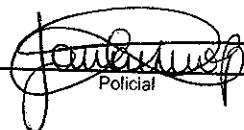
TERRA DO SOL ADM
E CULTURA DE SEGS

10. COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 21/02/2018

Usuário: 2158850 - Janaína Janielly Bezerra

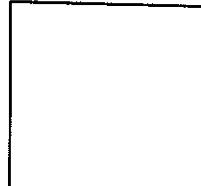
Complemento: O COMUNICANTE FOI SOCORRIDO PELAS TESTEMUNHAS CITADAS ACIMA E LEVADO PARA O HOSPITAL DA CIDADE; QUE, O COMUNICANTE FOI LIBERADO E, NO DIA SEGUINTE, FOI PARA O HOSPITAL TARCÍSIO MAIA EM MOSSORÓ/RN.NADA MAIS DISSE.

11. DECLARAÇÃOO(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 21/02/2018 14:37:34

Policia



Interessado



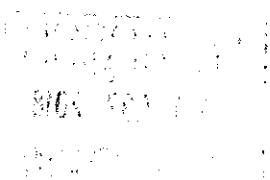
Polegar direito

Atendimento: 2158850 - Janaína Janielly Bezerra

Impresso por: 2158850 - Janaína Janielly Bezerra em 21/02/2018 14:40:32

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA

✓ José Adelson Ribeiro
✓ Antonio Tiago Silva de Souza



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

Antônio Azevedo Ribeiro do Vale

CPF da Vítima

423.384.254-72

Data do Acidente

11/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

aledonrneto.ado@gmail.com

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(84) 988893774

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.

PROTOCOLO
RECEBIDO

11 ABR. 2018

E TERRA DO SOL ADM
E COMERCIO DE SEGUROS

Moçambique, 03 de abril de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Unidade:

VooS-PS

Atendimento N°

88

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ N° REGISTRO:

Nome: Adriano Joaquim R. Vale
Cartão SUS: Adriano R. Vale
Nome da Mãe: Adriane R. Vale

Idade: 52

Sexo: M

Profissão: —

Endereço (Rua): Rua das Flores de Alcântara
Bairro: Alcântara

Nº: 100 Complemento: —

Cidade: CD SH

Estado: RN Tel.: —

PS



Data: 11/02/18 Hora: 20:56

Rubrica do Servidor: JL

Motivo da Procura:

Assinatura do Paciente:

ACOLHIMENTO: Emergência Urgência Não Urgência Acidente de Trabalho Acidente de Trânsito

Acolhimento com Classificação de Risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgico:

HAS () DM ()

Assinatura:

Classificação: 8

ANAMNESE:

Paciente fumante 100 fumos, Nidida de 100 fumos, d2 própria a fumaça. Relata dor em ambos os ombros direito

EXAME FÍSICO: Peso: — Temperatura: 38 F.C.: 38 PA: 130/80 F.R.: 120 Glasgow: 15 SpO2: 98 HGT: —

Ao exame: luxação de ambos os ombros direitos

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

11 ABR. 2018

**TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS**

Hipótese do diagnóstico:

Luxação de ambos os ombros direitos

Conduta: Medicação Observação Laudo para AIH

Alta: Data/Hora: / / às : h. Alta referido para UBS Óbito

Outra unidade Urgência Especialidade Internação no Hospital

XAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

Laboratório

Radiológico

ECG

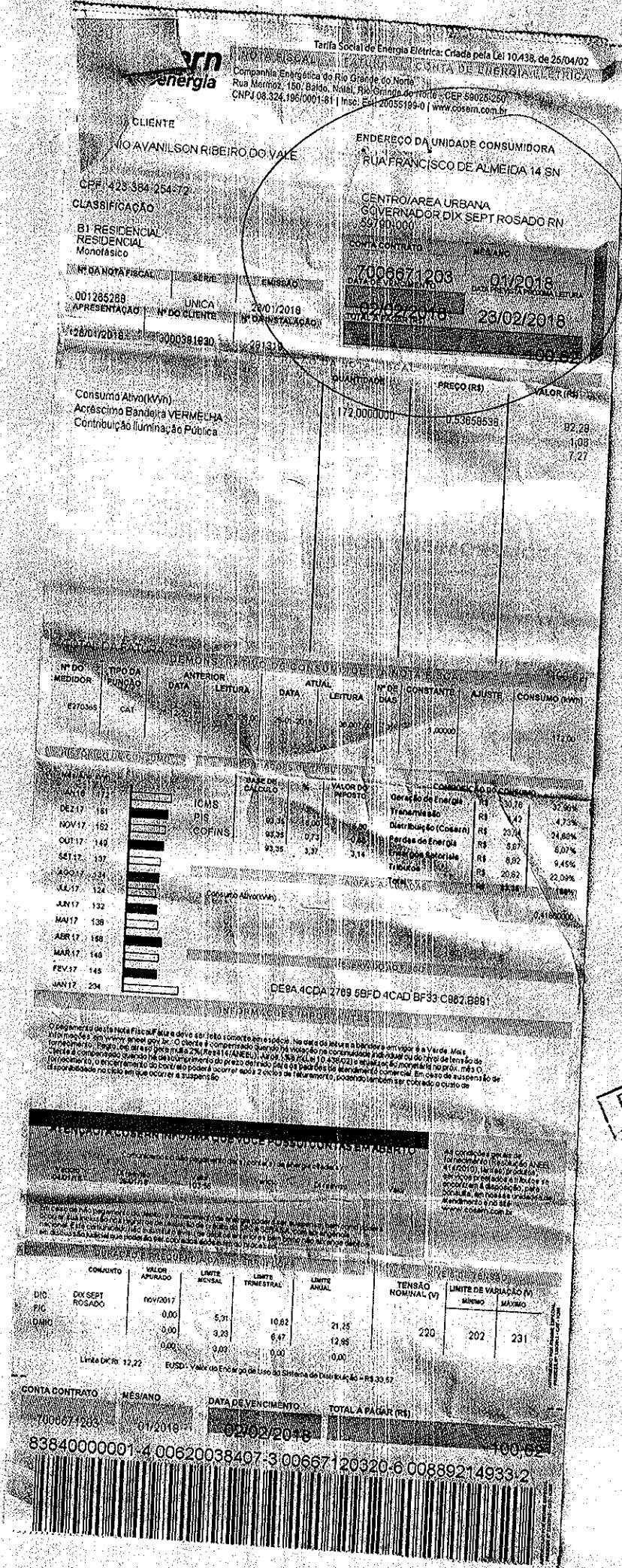
Outros

(d.)

- ① Reducao manual da luxação + Típica simple
- ② Voltar em 25/07/3mt - F.A. IM
- ③ Solicito radiografia de sombra da mola

Salvo
21/05

Dr. Hiago Jácime
MEDICO
CRM/RN 8830



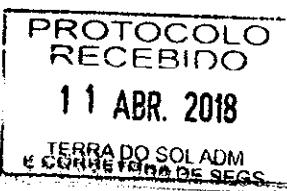
PROTÓCOLO
RECEBIDO
11 ABR. 2018
TERRA DO SOL ADM.
SECRETARIA DE SEGS

Procurador

Local de Pagamento Em qualquer banco até o vencimento					CPF/CNPJ	Agência / Câmbio de Benefício
Beneficiário Nu Pagamentos S.A.					18236120000158	11500 / 00019544-1
Documento	Nº do Documento	Exercício	Após	Data de Processamento	Número / Out. de Documento	
01/12/2017	43706950	DM	N	01/12/2017	43706950-8	
Uso da Banco	Cartão	troco de Moeda	Quantidade de Moeda	Valor Moeda	(+) Valor do Documento	
	01	RS			000000	
Instrutor Sr. Caixa:					(+) Desconto / Abatimento	
1) Não aceitar pagamento em cheque;					0,00	
2) Não aceitar mais de um pagamento com o mesmo boleto;					(+) Dívidas Duplas	
3) Em caso de vencimento no fim de semana ou feriado, aceitar o pagamento até o primeiro dia útil após o vencimento.					0,00	
Beneficiário Nu Pagamentos S.A.					(+) Multa / Multa	
					0,00	
					(+) Custo Adicional	
					0,00	
					(+) Valor Cobrado	
					000000	
					05414980454	
Pagador: Aldenor Nunes de Oliveira Neto Rua Manoel Veras 49 58619530 - Abolição - Mossoró RN					Código da Data	
					Autenticação Benefício	
					Sacador Ativado	

FICHA DE COMPENSAÇÃO

4 de 4



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Aldenor Nunes de Oliveira Neto inscrito (a) no CPF/CNPJ 054.149.804-54, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Avonilson Ribeiro do Vale, inscrito (a) no CPF sob o Nº 423.384.254-72, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Antônio Avonilson Ribeiro do Vale, inscrito (a) no CPF sob o Nº 423.384.254-72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Momoel Viana		Número	49	Complemento
Bairro	Aldeia II	Cidade	Mossoró		
Email	aldenor.neto.2do@gmail.com		Telefone comercial (DDD)	(84) 9 8889-3774	Telefone celular (DDD)
				(84) 9 8889-3774	

Mossoró/RN, 03 de Abril de 2018
Local e Data

Aldenor Nunes de Oliveira Neto

Assinatura do Declarante

PROTOCOLO
RECEBIDO
11 ABR. 2018

E OFICINA TERRA DO SOL ADM
DE SEGURO DA VIDA DE SEGUROS

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LIZIANE PEREIRA DO VALE,
RG nº 002.883.249, data de expedição 30/01/2017
Órgão SESPROS/RN, portador do CPF nº 084.095.084-51, com
domicílio na cidade de GOV. DIX-SEPT ROSADO, no Estado de
RIO GRANDE DO NORTE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA FRANCISCO DE ALMEIDA, nº 302,
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE cujo o condutor era
ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: CG 160 TITAN
Ano: 2014/2018
Placa: QGU 4630
Chassi: 9C2KC2230YR014875
Data do Acidente: 22/02/2018
Local e Data: GOV. DIX-SEPT ROSADO-RN, 22/02/2018

PROTOCOLO
RECEBIDO

11 ABR. 2018

TERRA DO SOL ADM
E CONSTRUÇÃO DE SEGS

CARTÓRIO ÚNICO

Liziane Pereira do Vale

Assinatura do Declarante

CARTÓRIO ÚNICO

Antônio Avanilson Ribeiro do Vale

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

CARTÓRIO ÚNICO DE GOV. DIX-SEPT ROSADO-RN
CNPJ Nº 08.545.790/0001-00, Rua Cônego Soares, nº 29,
Centro, CEP 59790-000. FONE: (084) 3328-2141
Reconheço a firma, por autenticidade, de **LIZIANE PEREIRA
DO VALE; ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE**
Selos de Autenticidade N°s AIO 094872 e AIO 094873
Protocolo nº 627/2018, fls. 77, do Livro nº 15. Dou fé.
Gov. Dix-Sept Rosado/RN, 22/02/2018, às 09h40min.

Adriana Felipe da Silva
Tabeliã / Oficiala Substituta





FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Unidade:

VooS- PS

Atendimento N°

88

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ N° REGISTRO:

Nome: Patrícia Avazlon R. Vale

Idade: 52

Sexo: M

Nome da Mãe: Juliane R. Vale

Profissão: —

Cartão SUS:

Endereço (Rua/Av): Rua das Flores de Alcântara

Nº: — Complemento: —

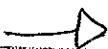
Bairro: —

Cidade: CD SR

Estado: RN Tel.: —

Clínica: —

PS



Data: 21/02/18 Hora: 10:56

Rubrica do Servidor: JL

Motivo da Procura:

Assinatura do Paciente:

ACOLHIMENTO: () Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito

Acolhimento com Classificação de Risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgico:

HAS () DM ()

Assinatura:

Classificação:

8

ANAMNESE:

Paciente fêmea, 52 anos, n/a teve cossido grande dia próprio a/fura. Relata dor em ambos ombros direito

EXAME FÍSICO: Peso: — Temperatura: — F.C.: — PA: 130/80 F.R.: — Glasgow: — SpO2: — HGT: —

As queixas: luxação de ambos ombros direito

PROTOCOLO
RECEBIDO

11 ABR. 2018

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS

Hipótese do diagnóstico:

Luxação de ambos ombros direito

Conduta: () Medicação () Observação () Laudo para AIH

Saída: Data/Hora: / / às : h. () Alta referido para UBS () Óbito

() Outra unidade Urgência () Especialidade () Internação no Hospital

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

() Laboratório

() Radiológico

() ECG

() Outros

(d.)

- ① Reductor manual de luxación + Típica simple
- ② Voltaren 25 mg/3ml - 154 Im
- ③ Solicito radiografía de ombligo dirigida

Salvador
21/15

Dr. Higae Jactme
MEDICO
CRMIRN 0090



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO SUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Sistema
Único
de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Unidade:

Uas PS

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ N° REGISTRO:

Atendimento N° 56

Nome:

Dr. Jose Francisco R. Vale

Idade: 52

Sexo:

M

Endereço UBS:

50104-63

Nome da Mãe:

Joseane R. Vale

Profissão:

Endereço (Rua/Av.):

PS de Almeida

Nº:

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

CPSR

Estado:

RN

Tel.: (302) 3308

Clínica:

PS

Data: 13/02/18

Hora: 13:08

Motivo da Procura:

Rubrica do Servidor:

Assinatura do Paciente:

ACOLHIMENTO: () Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito

Acolhimento com Classificação de Risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgico:

HAS () DM ()

Assinatura:

Classificação:

ANAMNESE: Paciente com queixa de dor limitação de movimento em ombro direito, afirma ter sofrido queda de moto ontem e ter evoluído com luxação de ombro que foi realizada redução暴力 (CSTC). Evolução com edema importante em ombro

EXAME FÍSICO: Peso: Temperatura: F.C.: PA: 120/80 F.R.: Glasgow: SpO2: HGT.:

Edema em ombro D, dificultando palpação de articulação glenoumeral

Hipótese do diagnóstico:

Luxação de ombro direito.

Conduta: () Medicação () Observação () Laudo para AIH

Saída: Data/Hora: / / as : : () Alta referido para UBS () Óbito

() Outra unidade Urgência () Especialidade () Internação no Hospital

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

CD = Encomenda de HRTM

~~Dra. Dayane Elias Soares
Medica
CRM 10000 9277~~

23/24 - Paciente retorna com queixa de dor no ombro

CD = Volkswagen Sump. IM

~~Sistema
23/28~~ ~~Dra. Dayane Elias Soares
Medica
CRM 10000 9277~~

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 3158 /2018

Admissão: 12/02/2018 16:13:05

OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 3000 - ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE (52 a 9 m 12 d)

Nascimento: 30/04/1965 Natural: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 709603660549676 CPF: 42338425472 Prof:

Mãe: ALVANIR RIBEIRO DO VALE

Logradouro: FRANCISCO DE ALMEIDA, 102
CEP: 59790000 Bairro: CENTRO

Pai: RAIMUNDO PIO DO VALE

Cidade: GOVERNADOR DIX-SEPT
ROSADO

Telefone: 84.996706107 84 996706107

Compl:

Motivo: QUEDA - MOTO
Origem: AMBULANCIA OUTRO

Tipo: REGULADO

*Empresa:

OBS: 52anos. Gov. Dix Sept Rosado. Medico: Dayane. Classificação: 12/02/2018 16:09:36 |PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: história de luxação ombro direito após queda moto com tentativa de redução e apresenta edema importante e limitação de movimento.

Hora: _____

12/02/2018 16:13:05
 Luxação ombro direito
 Entrada S. Rx 11h
 Fisioterapia 3 pontos

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 19/02/2018
 SAME/ARQUIVO

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORÁRIO ASSINT.

Alta por decisão médica; () Internação; () Enc.outroServiço; () Evasão
 Data: 19/02/2018 Hr: Ass. Médico:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
 DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

UGK

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

Antônio Francisco B. de Melo

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

1

9 - SEXO

1

10 - RACA/COR

3

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

N° DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

N° DO TELEFONE

15 - ENDERECO (RUA, N°, 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)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTONÔMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR

52 - 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 CARMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



ORTOPEDISTAS/TRAUMATOLOGISTA

Dr. Almícarde Lopes - CRM 3136
Dr. Antonio Pinheiro - CRM 1161
Dr. João Firmíno - CRM 2517
Dr. Manoel Fernandes - CRM 2999
Dr. Rodrigo Jales - CRM 4759
Dr. Tupinambá Nogueira - CRM 4017
Dr. Igo Walesko - CRM 6429
Dr. Vicente Andrade - CRM 5592
Dr. Kellerte Gurgei - CRM 6766

ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE

HIDROGINÁSTICA

20 SESSÕES

HD: Fratura da extremidade superior do 7mero

ELEVAÇÃO DE 90 GRAUS.

CID(s):
S422

ANALGESIA E CINESIO



Mossoró, 10 de Abril de 2018

Dr Antônio Vicente
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 5592 - IEOT 10481

Rua Pedro Velho, 320 - Santo Antônio - Mossoró/RN
Fone: 84 3314 7755 / 3316 0184 - Fax: 84 3317 3227 - E-mail: orthos-clinica@hotmail.com

PREFEITURA MUNICIPAL
GOVERNADOR
DIX - SEPT ROSADO
Cidade ideal a Governador que queremos

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR DIX SEPT ROSADO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Declaro para os devidos fins, que o
funcionário Antônio Aronilson Melo de
Melo, 53 anos, fale faleu de si mesmo,
e no momento reúzo fisioterapeuta 3 meses
por motivo de lesão muscular.

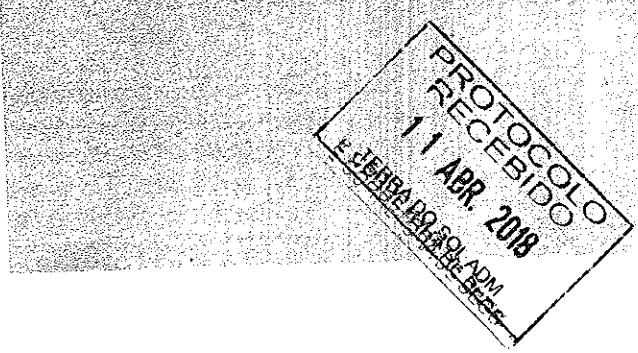
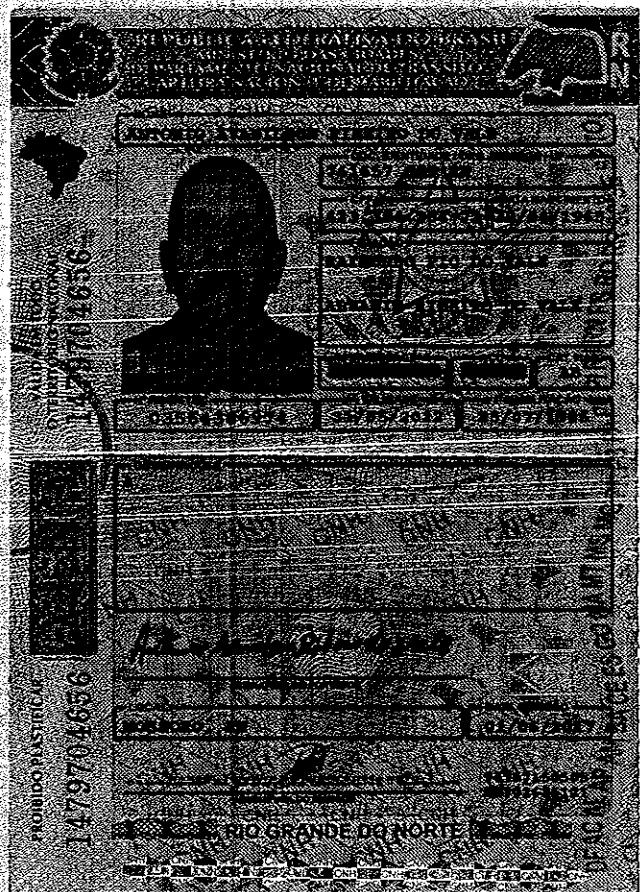


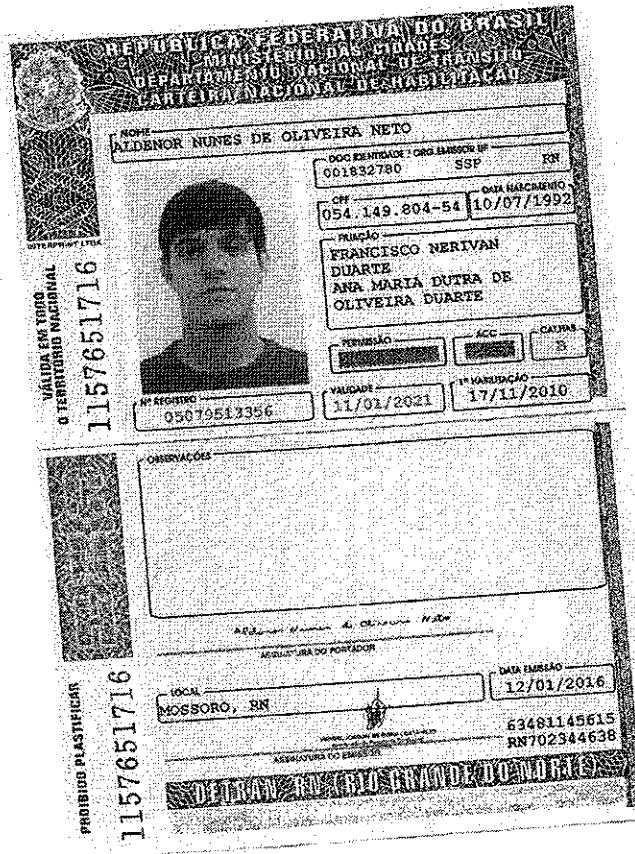
Nickson Melo de Moraes
Fisioterapeuta
CREFITO 129 976-4
CPF 050 959 524-32

data 11/05/2013

A assinatura é Garantida

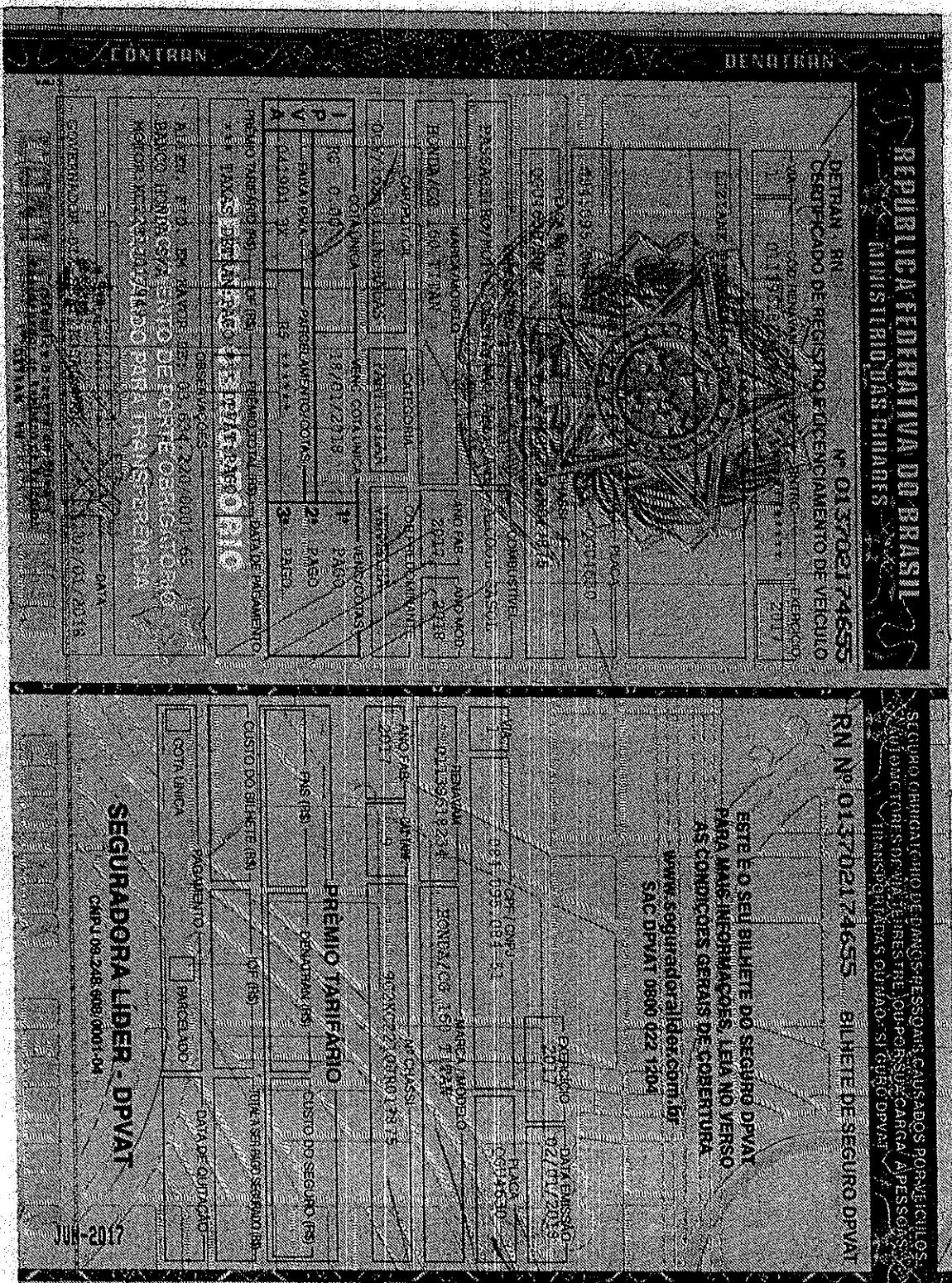
Rua Santa Catarina, 78 - Centro - Fone: (84) 3328-3904
Email: smsgovdixptrosado@rn.gov.br





PROBLEMS PLASTICIAN

PROTOCOLO
RECEBIDO
11 ABR. 2018
TERRA DO SOL ADM.
& CONCESSIONÁRIA DE SEGS



**PROTÓCOLO
RECEBIDO**

11 ABR. 2018

TERRA DO SOL ADM
E COMPETIDORA DE SEGS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180163650 **Cidade:** Governador Dix-Sept Rosado **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE **Data do acidente:** 11/02/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

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: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180163650 **Cidade:** Governador Dix-Sept Rosado **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE **Data do acidente:** 11/02/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE UMERO PROXIMAL DIREITO COM LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, EMBORA TIVESSE INDICAÇÃO CIRURGICA O PACIENTE RELATA QUE NAO TEVE CONDIÇÕES FINANCEIRAS DE REALIZAR O TRATAMENTO CIRURGICO.
LIMITAÇÃO EM 20% PARA FLEXÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/05/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: TARCISIO BESSA CAVALCANTE FILHO

CRM do médico: 7629

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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE
BRASILEIRO, CASADO, AGRICULTOR
portador(a) do RG nº 463657, inscrito(a) no CPF sob o número
423.384.254-72, residente e domiciliado(a) na Rua/Av.
RUA FRANCISCO DE ALMEIDA, 102, CENTRO, NESTA CIDADE DE
GOV. DIX-SEPT ROSADO-RN - CEP 59790-000.

OUTORGADO: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 13.244 e no CPF sob o número 054.149.804-54 com endereço profissional na Rua Roderick Grandall, 20, Centro, Mossoró/RN, CEP: 59610-240.

PODERES: O Outorgante concede poderes especiais ao Outorgado para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Mossoró/RN, 22 de Fevereiro de 2018.

PROTOCOLO RECEBIDO
11 ABR. 2018
**TERRA DO SOL AUN
E COMARCA DE SEGS**

CARTÓRIO ÚNICO

Antônio Avanilson Ribeiro do Vale

OUTORGANTE

CARTÓRIO ÚNICO DE GOV. DIX-SEPT ROSADO-RN
CNPJ Nº 08.545.790/0001-00, Rua Cônego Soares, nº 29,

Centro, CEP 59790-000. FONE: (084) 3328-2141

Reconheço a firma, por autenticidade, de ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE. Selo de Autenticidade Nº AIO 094874. Protocolo nº 628/2018, fls. 78, do Livro nº 15. Dou fé. Gov. Dix-Sept Rosado/RN 22/02/2018, às 09h45min.

Adriana Felipe da Silva
Tabeliã / Oficiala Substituta



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: 14/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02084-2

CONTA: 00000008607-X

Nr. da Autenticação 01F56A46C51C6B5A