

# 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 LÍDER 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**

Carta nº 12650500



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**

Carta nº 12650566



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 LÍDER 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](http://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 nº: 12982311

A/C: ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE

Nº Sinistro: 3180163650  
Vítima: 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](http://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 MOSSORO/RN**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DE UMEROS PROXIMAL DIREITO COM LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO**

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

**TRATAMENTO CONSERVADOR, EMBORA TIVESSE INDICAÇÃO CIRÚRGICA O PACIENTE RELATA QUE NÃO TEVE CONDIÇÕES FINANCEIRAS DE REALIZAR O TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

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

**LIMITAÇÃO EM 20% PARA FLEXÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO**

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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 seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes do 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%

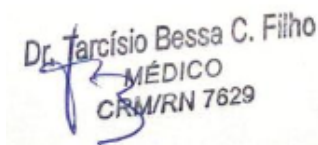
Região Corporal(Sequela):

☐ 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: TARCÍSIO BESSA CAVALCANTE FILHO CRM:7629/RN**

  
MÉDICO  
CRM/RN 7629

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

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 Anamilson Ribeiro do Vale
---------------------------	---------------------------------	--

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Antônio Anamilson Ribeiro do Vale		CPF titular da conta 423.384.254-72	Profissão Recebe
Endereço Rua Francisco de Almeida		Número 14	Complemento
Bairro Centro	Cidade G. Dix-Sept Rosado	Estado RN	CEP 59.790-000
Email aldenormetoado@gmail.com		Telefone (DDD) 184198889-3774	

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"/> <b>RECUSO INFORMAR</b> <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> <b>SEM RENDA</b> <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
<b>AGÊNCIA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		<b>BANCO</b> Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> Banco do Brasil 001		<b>AGÊNCIA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 2084 2	
<b>CONTA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 8.607 1					

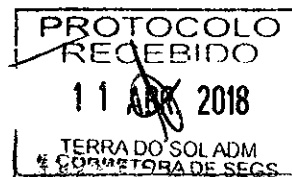
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Mossoró/RN, 03 de abril de 2018.  
Local e Data

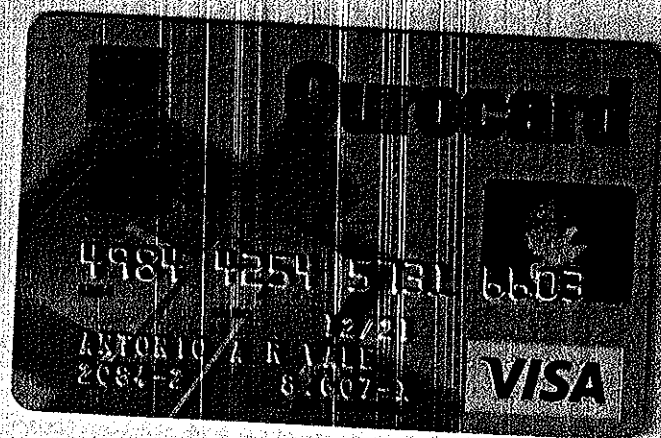
*Antônio Anamilson Ribeiro do Vale*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







PROTOCOLO  
RECEBIDO  
11 ABR 2018  
TERRA DO SOL ADM  
E COMPTOR DE SECS

**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 Avamilson Ribeiro do Vale

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

Antônio Avamilson Ribeiro do Vale

CPF titular da conta

423.384.254-72

Profissão

Recusado

Endereço

Rua Francisco de Almeida

Número

14

Complemento

Bairro

Centro

Cidade

Gov. Dix-Sépt Rosado

Estado

RN

CEP

59.790-000

Email

aldenormetado@gmail.com

Telefone (DDD)

(84) 98889 3774

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

NRO

001

AGÊNCIA

NRO.

2084

D/V

2

CONTA

NRO.

8.607

D/V

X

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

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, 23 de abril de 2018.

Local e Data

Antônio Avamilson Ribeiro do Vale

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



25  
54  
11  
38  
10  
00  
R.  
100  
(mediante protocolo no SAC)

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

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 2084-2

CONTA:

8.607-X

CLIENTE: ANTONIO AVANILSON R VALE

DOCUM.

VALOR

HISTORICO

29/03/2018

Saldo Anterior

605,30

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
25 ~~ABR~~ 2018  
TERRA DO SOL ADM  
E COOPERATIVA DE SEGS



Govorno 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: J2018155000031  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 21/02/2018 14.37.34  
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 11/02/2018 20.00.00  
2.3 Fato: Consumado  
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros  
2.6 Tipo do local: Urbano  
2.8 Número: SN  
2.10 Complemento:  
2.12 Bairro: CENTRO  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida  
2.4 Flagrante: Não  
2.7 Logradouro: RUA JOSUÉ DIAS, EM FRENTE À CANTINA BRASIL  
2.9 CEP:  
2.11 Ponto de Referência:  
2.13 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE  
3.3 Nome Social:  
3.5 Etnia: Parda  
3.7 Sexo: MASCULINO  
3.9 CPF: 42338425472  
3.11 Nacionalidade:  
3.13 Profissão: DESEMPREGADO  
3.15 Telefone(s): 84 996706100  
3.17 Número: 14  
3.19 Bairro: CENTRO  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
3.23 Cidade: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO

3.2 Estado civil: Casado(a)  
3.4 Pai: RAIMUNDO PIO DO VALE  
3.6 Mãe: ALVANIR RIBEIRO DO VALE  
3.8 Orientação Sexual:  
3.10 Identidade de Gênero:  
3.12 Data de Nascimento: 30/04/1965  
3.14 RG: 761657 - SSP RN  
3.16 Passaporte:  
3.18 Naturalidade: GOV. DIX-SEPT ROSADO/RN  
3.20 E-Mail:  
3.22 Logradouro: RUA FRANCISCA DE ALMEIDA  
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)

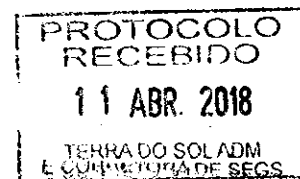
6.1.1 Nome Completo: JOSE IDAILSON RIBEIRO  
6.1.2 Nome Social:  
6.1.4 Etnia: Parda  
6.1.6 Mãe: MAISA ALVES ROSA RIBEIRO  
6.1.8 Sexo: MASCULINO  
6.1.10 CPF: 01187672408  
6.1.12 Nacionalidade:  
6.1.14 Passaporte:  
6.1.16 Logradouro: RUA FRANCISCO DE ALMEIDA  
6.1.17 Número: 123  
6.1.19 Bairro: CENTRO  
6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
6.2.1 Nome Completo: ANTONIO TIAGO SILVA DE SOUZA  
6.2.2 Nome Social:  
6.2.4 Etnia: Parda  
6.2.6 Mãe: MARIA JANEIDE DA SILVA E SOUZA  
6.2.8 Sexo: MASCULINO  
6.2.10 CPF: 01806180405  
6.2.12 Nacionalidade:  
6.2.14 Passaporte:  
6.2.16 Logradouro: RUA FRANCISCO DE ALMEIDA  
6.2.17 Número: 123  
6.2.19 Bairro: CENTRO  
6.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

5.1.3 Estado civil: Solteiro(a)  
6.1.5 Identidade Gênero:  
6.1.7 Orientação Sexual:  
6.1.9 Pai: Parda  
6.1.11 Data de Nascimento: 25/06/1980  
6.1.13 RG: 001972103  
6.1.15 Profissão: VIGILANTE  
6.1.18 CEP:  
6.1.20 Cidade: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO  
6.2.3 Estado civil: Solteiro(a)  
6.2.5 Identidade Gênero:  
6.2.7 Orientação Sexual:  
6.2.9 Pai: Parda  
6.2.11 Data de Nascimento: 29/10/1993  
6.2.13 RG: 003259457  
6.2.15 Profissão: ESTUDANTE  
6.2.18 CEP:  
6.2.20 Cidade: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não  
7.1.3 Chassi: 9C2KC2210JR017875  
7.1.5 Placa: QGU4630  
7.1.7 Marca: HONDA  
7.1.9 Ano do Modelo: 2018  
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA  
7.1.13 Nota Fiscal:  
7.1.15 Nome do proprietário: LIZIANE PEREIRA DO VALE  
7.1.17 Nome do condutor: ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE  
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:  
7.1.4 Renavam: 00139618234  
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
7.1.8 Modelo: C3  
7.1.10 Ano de Fabricação: 2017  
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
7.1.14 Número do Motor:  
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:



8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

COMPARECEU 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

# 10. COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 21/02/2018

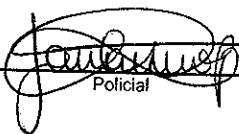
Usuário: 2158850 - Janaina Janielly Bezerra

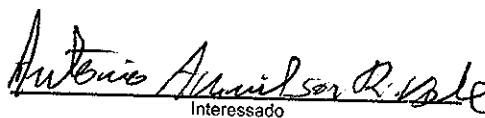
Complemento: O COMUNICANTE FOI SOCORRIDO PELAS TESTEMUNHAS CITADAS ACIMA E LEVADO PARA O HOSPITAL DA CIDADE; QUE, O COMUNICANTE FOI LIBERADO E, NO DIA SEGUINTE, FOI PARA O HOSPITAL TARCÍSIO MAIA EM MOSSORÓ/RN.NADA MAIS DISSE.

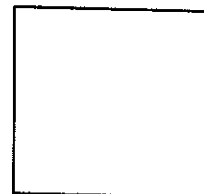
## 11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data 21/02/2018 14.37.34

  
Policial

  
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 2158850 - Janaina Janielly Bezerra

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

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA

x José Odeilson Ribeiro  
x Antonio Tiago Silva de Souza

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 Aramisson 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

CPF do Representante legal

Email

aldivinoado@gmail.com

Telefone (DDD)

(84) 988893744

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

TERRA DO SOL ADM  
E COMERCIAL DE SEGS

Mossoró/RN, 03 de abril de 2018.

Local e Data

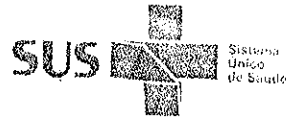
Antônio Aramisson Ribeiro do Vale

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Unidade:

Voss-PS

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº REGISTRO:

Atendimento Nº

88

Idade:

58

Sexo:

M

Cartão SUS:

Nome da Mãe

Alceni R. Vale

Profissão:

Endereço (Rua/Av)

Rua de André

Nº

Complemento:

Bairro:

Cidade:

ODSR

Estado:

Tel.:

Clínica:

PS

Estado:

Tel.:

Motivo da Procura:

Data:

Hora:

Assinatura do Paciente:

Rubrica do Servidor:

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 1885 anos, relata ter sofrido queda da própria altura. Relata dor em ambos diretos.

EXAME FÍSICO: Peso:

Temperatura:

F.C.:

PA:

F.R.:

Glasgow:

SpO2:

HGT:

Exame: Luxação de ambos diretos

PROTOCOLO RECEBIDO

11 ABR. 2018

TERRA DO SOL ADM. E CORREÇÃO DE SEGS.

hipótese do diagnóstico:

Luxação de ambos diretos

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

Alta: 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 Redução manual de luxação + Típica simples

② Voltaren 75 mg/3ml - 154 IM

③ Solicito radiografia de ombro direita

Exames  
21/15

Dr. Hiego Jacome  
MÉDICO  
CRM/RN 8830

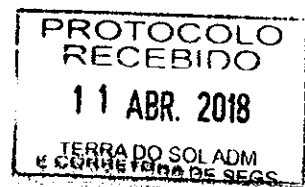




Procurador

Local de Pagamento				CPF/CNPJ		Agência / Cargo do Beneficiário	
Em qualquer banco até o vencimento				18236120000158		11500 / 00019544-1	
Beneficiário				Nu Pagamentos S.A.		Número / Cont. de Documento	
Data de Documento		Nº do Documento		Espécie Doc.		Apelo	
01/12/2017		43706950		DM		N	
Data de Processamento		01/12/2017		Valor Moeda		(+) Valor do Documento	
Use da Banca		Código		Espécie Moeda		Quantidade Moeda	
		01		R\$			
Instruções: Sr. Caixa: 1) Não aceitar pagamento em cheque; 2) Não aceitar mais de um pagamento com o mesmo boleto; 3) Em caso de vencimento no fim de semana ou feriado, acatar o pagamento até o primeiro dia útil após o vencimento.						(+) Valor do Documento	
						(+) Desconto / Abatimento	
						0,00	
						(+) Outras Deduções	
						0,00	
Beneficiário						(+) Multa / Multa	
						0,00	
						(+) Outras Acrecimos	
Pagador						0,00	
						(+) Valor Cobrado	
Aldenor Nunes de Oliveira Neto Rua Manoel Veras 49 59619530 - Abolição - Mossoró RN						05414980454	
Suscitor Averbis						Código da Banca	
						Autenticação Eletrônica	

FICHA DE COMPENSAÇÃO



**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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Aldemar Nunes de Oliveira Neto inscrito (a) no CPF/CNPJ 054.149.804-54, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Assomilam Ribeiro do Vale inscrito (a) no CPF sob o Nº 423.384.254-72, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Antônio Assomilam 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

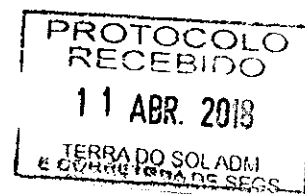
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Manoel Viana</u>		Número <u>49</u>	Complemento
Bairro <u>Aldeia II</u>	Cidade <u>Mossoró</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59.619-530</u>
Email <u>aldemar.neto@ gmail . com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(84) 9 8889-3774</u>	Telefone celular (DDD) <u>(84) 9 8889 3774</u>

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

Aldemar Nunes de Oliveira Neto  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LIZIANE PEREIRA DO VALE,

RG nº 002.883.249, data de expedição 30/04/2014

Órgão SESPRS/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 mencionado 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

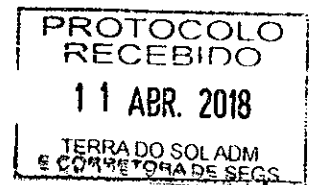
Ano: 2014/2018

Placa: QGU 4630

Chassi: 9C2KC22308R017875

Data do Acidente: 11/02/2018

Local e Data: GOV. DIX-SEPT ROSADO-RN, 22/02/2018



Liziane Pereira do Vale  
Assinatura do Declarante



Antonio Avaniilson Ribeiros 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 Nºs 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





(di:

① Redução manual de luxação + Típsia simples

② Voltaren 75 mg/3ml - 1 FA IM

③ Solicito radiografia de ombro direita

Salvador  
21.15

Dr. Thiago Jacome  
MÉDICO  
CRM/RN 8830



FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Unidade: UBS - PS

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:

Nome: <u>Antonio Arcanjo R. Vale</u>		Atendimento Nº: <u>56</u>
Idade: <u>32</u>	Sexo: <u>M</u>	
Nome da Mãe: <u>Alma R. Vale</u>		Profissão:
Endereço (Rua/Av.): <u>PS de Almeida</u>		Nº: / Complemento:
Bairro:	Cidade: <u>GPSR</u>	Estado: <u>RN</u> / Tel.:
Clinica: <u>PS</u>		Data: <u>30/04/2018</u> / Hora: <u>13:08</u>
Motivo da Procura:		Rubrica do Servidor: <u>[assinatura]</u>
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 do mome. to em ombro direito. Apurou ter sofrido queda de moto ontem e ter evoluído com luxação de ombro que foi realizada redução parcial (SIC). Evoluiu com edema importante em ombro

EXAME FÍSICO: Peso: Temperatura: F.O.: PA: 120/80 ER: 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

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

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

CD = Encominho de HRTM

~~Dra. Dayane Elias Soares~~  
~~Médica~~  
~~CRM 9277~~

18:24 - Paciente retorna com queixa de  
dor no ombro

CD = Voltarem Somp. IM

Sobres  
23:28

~~Dra. Dayane Elias Soares~~  
~~Médica~~  
~~CRM 9277~~

20/07/2019 - May







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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

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

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)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

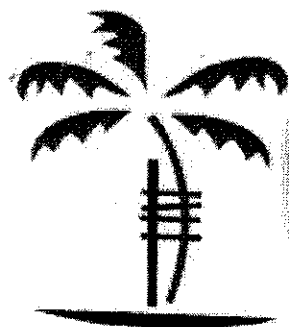
48 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



# ORTHOS

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

## ORTOPEDISTAS/TRAUMATOLOGISTA

Dr. Almirante Lopes - CRM 3136  
Dr. Antonio Pinheiro - CRM 1161  
Dr. João Firmino - 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. Kellierte Gurgel - CRM 6766

**ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE**

HIDROGINÁSTICA ..... 20 SESSÕES

HD: Fratura da extremidade superior do 2º membro

ELEVAÇÃO DE 90 GRAUS.

CID(s):  
S422

ANALGESIA E CINESIO

Mossoró, 10 de Abril de 2018



Dr. Antônio Vicente  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 5592 - TEOT 10481

Rua Pedro Velho, 320 - Santo Antonio - Mossoró/RN

Fone: 84 3314 7755 / 3316 0184 - Fax: 84 3317 3227 - E-mail: orthos-clinica@hotmail.com

PREFEITURA MUNICIPAL

**GOVERNADOR**

**DIX - SEPT ROSADO**

*Continuando a Governador que queremos*



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE


PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR DIX SEPT ROSADO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## RECEITUÁRIO

Dado para os devidos fins, que o  
paciente Antônio Anomilzon Ribeiro  
Duarte, 53 anos, tem platano de rimas,  
e no momento realiza fisioterapia 3 vezes  
por semana nesta Unidade.



  
Nickson Melo de Moraes  
Fisioterapeuta  
CREFITO 129 978-4  
CPF 050 959 524-32

Data: 11.05.2013

Assinatura e Carimbo

Rua Santa Catarina, 78 - Centro - Fone: (84) 3328-3904

Email: smsgovdixptrosado@rn.gov.br



REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO  
 DOG IDENTIDADE: ORG. EMISSOR: RN  
 001832780 SSP

CPF: 054.149.804-54 DATA NASCIMENTO: 10/07/1992

FUNÇÃO: FRANCISCO NERIVAN DUARTE  
 ANA MARIA DUTRA DE OLIVEIRA DUARTE

PERMISSÃO: ☒ ACC: ☒ CAUSAS: ☒

Nº REGISTRO: 05879513356 VALIDADE: 11/01/2021 1ª HABILITAÇÃO: 17/11/2010

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR:

LOCAL: MOSSORO, RN DATA EMISSÃO: 12/01/2016

63481145615  
 RN702344638

DETRAN - ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1157651716  
 PROIBIDO PLASTIFICAR

PROTOCOLO  
 RECEBIDO  
 11 ABR. 2018  
 TERRA DO SOL ADM.  
 E COMISSÃO DE SEGS.



SECUDO ORIGINARIO DE DANOS E PRESSOAS CAUSADOS POR VEICULO  
MOTOR DE PROPRIETARIES REOU POR SUA CARGA APESSOAS  
TRANSPORTADAS QUANDO SE GUARDAR

MONTELEONE'S

DEPARTAMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

COD BENVENUTO  
011576  
ECCOCO  
2019



PAOA

22

1995

1997

10

15-11-1971

3\* 2400

59-1007-D22



22

100

28

100

100

TERRA DO SOL ADM  
E COMETORA 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 UMEROS 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 CIRÚRGICA O PACIENTE RELATA QUE NÃO TEVE CONDIÇÕES FINANCEIRAS DE REALIZAR O TRATAMENTO CIRÚRGICO. 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:**



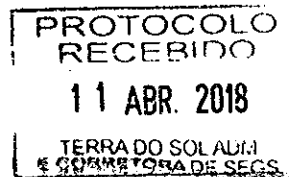
## PROCURAÇÃO


**OUTORGANTE:** ANTONIO AVANILSON RIBEIRO DO VALE,  
BRASILEIRO, CASADO, AGRICULTOR  
portador(a) do RG nº 464657, 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 20 18.



 Antonio Avanson 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: 000000008607-X

---

Nr. da Autenticação 01F56A46C51C6B5A