

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/02/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA LUCIA DOS SANTOS ASSIS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04391-5

CONTA: 000010020472-4

Nr. da Autenticação 62565A3A4864AEF6

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150040800

Cidade: Mossoró

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANA LUCIA DOS SANTOS ASSIS

Data do acidente: 29/10/2014

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO ANTE PÉ DIREITO

Descrição do exame médico pericial: PÉ DIREITO- APRESENTA DEFORMIDADE ANATÔMICA EM ANTE PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DORSAL E FLEXÃO PLANTAR DOS PODODÁCTILOS DIREITOS EM GRAU RESIDUAL

Resultados terapêuticos: PÉ DIREITO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO COM ÓRTESE GESSADA POR 30 DIAS.
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/02/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

CRM do médico: 6302

UF do CRM do médico: CE

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

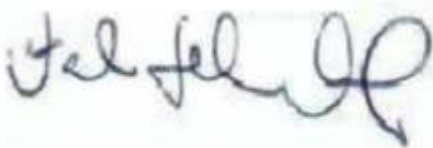
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150040800 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ANA LUCIA DOS SANTOS ASSIS**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CHAILTON FERNANDES DE ARAUJO nº 15 - AEROPORTO - MOSSORO/RN**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1711625 - SSP**
Data local do exame: **12/02/2015 MOSSORO/RN**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DOS OSSOS DO ANTE PÉ DIREITO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

PÉ DIREITO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO COM ÓRTESE GESSADA POR 30 DIAS. ALTA MÉDICA

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

PÉ DIREITO- APRESENTA DEFORMIDADE ANATÔMICA EM ANTE PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DORSAL E FLEXÃO PLANTAR DOS PODODÁCTILOS DIREITOS EM GRAU RESIDUAL

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

☐ Vitima 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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

PÉ 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%

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

☐ Total = "100% da IS"

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

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - MOSSORO, 12/02/2015

Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302


Dr. Gustavo Adolfo P. da Silva Jr.
Médico - Perito
CRM - 6302

Assinatura do perito Examinador - CRM

Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6393117

A/C: ANA LUCIA DOS SANTOS ASSIS

Sinistro: 3150040800
Vítima: ANA LUCIA DOS SANTOS ASSIS
Data Acidente: 29/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANA LUCIA DOS SANTOS ASSIS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000004391-5

Conta: 000010020472-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPE - CADASTRO DE PESSOAS FISICAS

Nome
ANA LUCIA DOS SANTOS ASSIS

No. de inscrição
012807954-46

Data de Nascimento
20/04/82

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO
*1004037



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
17.11.625

DATA DE EXPECACAO
01.07.1996

Nome
Ana Lucia dos Santos Assis

Francisco de Assis
Barjanc dos Santos

Mossoró RN

DATA DE NASCIMENTO
20.04.1982

Carteira
Carteira N.º 72.109-liv A-101 fls 201

carteira Mossoró-RN

Assis

01.07.1996

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FISICAS - CPF. vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura
Ana Lucia dos Santos Assis

ANA LUCIA DOS SANTOS ASSIS

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em **08/05/00**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TECNICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO



Ana Lucia dos Santos Assis

ASSINATURA DO TITULAR

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

ARUANA
SEGUROS S.A.

15 JAN 2015

Sinistro DPVAT



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FALSIFICAÇÕES E DEFRAUDAÇÕES - DEFD
Rua Santídio Gurgel, s/n, Alto de São Manoel - Mossoró-RN - Tel. 84 3315 3542

BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 587/14

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: COMUNICAÇÃO DE FATO

DATA: 29/10/2014

LOCAL: BAIRRO BOM JESUS, MOSSORÓ/RN

HORA: PREJUDICADO

COMUNICANTE: ANA LÚCIA DOS SANTOS ASSIS

TELEFONE: 84-9932-9477

DT NASCIMENTO: 20/04/1982

IDADE: 32 anos

DOCUMENTO: RG nº 1.711.625 SSP/RN e CPF nº

012.607.954-46

PROFISSÃO E LOCAL DE TRABALHO: FAXINEIRA

ENDEREÇO: RUA CHAILTON FERNANDES DE ARAÚJO, Nº 15, AEROPORTO 2, MOSSORÓ/RN.

VÍTIMA: A COMUNICANTE

TELEFONE:

DT NASCIMENTO:

IDADE: anos

DOCUMENTO:

SEXO: FEMININO

NATURALIDADE: MOSSORÓ/RN

FILIAÇÃO: FRANCISCO DE ASSIS E EDIJANE DOS SANTOS

CUTIS/ETNIA: Branca Parda Indígena Negra Amarela Não informado

PROFISSÃO E LOCAL DE TRABALHO:

ENDEREÇO:

NOTICIADO (A):

DT NASCIMENTO:

SEXO:

FILIAÇÃO:

CUTIS/ETNIA: Branca Parda Indígena Negra Amarela Não informado

PROFISSÃO E LOCAL DE TRABALHO:

ENDEREÇO:

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: Presente, nesta DP, a comunicante, para informar que conduzia um ciclomotor Shineray, modelo XY50Q PHONENIX, Chassi LXYXGBL05C0209153, Motor IP39FMBCA126969, cor Vermelha, Ano/modelo 2012/2012, cilindradas 49,0 cc, pertencente a Maria Rejane Alencar Fonseca, endereço: Sítio São Francisco, 06, Zona Rural, Mossoró/RN (conforme nota Fiscal Nº 000.001.947 Distribuidora de Motos Vieira Ltda); QUE no dia e local acima mencionados, nas proximidades do Junior Bar, quando ia trabalhar, perdeu o equilíbrio da moto e se acidentou; QUE procurou atendimento Médico na UPA RAIMUNDO BENJAMIN - BH (Conforme ficha de Atendimento e Urgência Nº REGISTRO 322573); Nada mais disse;

TESTEMUNHAS

NOME:

ENDEREÇO:

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: EXPEDIÇÃO DE B.O. e Encaminhamento a 1º DP.

ARUANA
SEGUROS S.A.
13 JAN 2015
Sinistra DPVAT

Ana Lucia dos Santos Assis
Comunicante

Mossoró - RN, 3 de novembro de 2014, as 09:41 horas

Wagner Gomes Ribeiro
Servidor

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

TUV4U26





Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Mossoró
 Secretaria Municipal da Saúde



SUS Sistema
 Único
 de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

Unidade: **UPA RAIMUNDO BENJAMIN - BH**

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: 322573

Atendimento Nº: **65748**

Nome: ANA LUCIA DOS SANTOS ASSIS

Idade: 20/04/1982 (32a 6m)

Sexo: Feminino

Cartão SUS:

EDJANE DOS SANTOS

Profissão:

RUA CHAILTON FERNANDES DE ARAJO

Nº: 15

Complemento:

Bairro: AERÓPORTO

Cidade: MOSSORÓ

Estado:

Telefone: 9932-9477

PREPARO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data: 29/10/2014

Hora: 18:09

Motivo da Procura:
PRONTO ATENDIMENTO

Rubrica Servidor:
FABIANO DANTAS DE ALMEIDA

Assinatura do Paciente:

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

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos:

HAS *HA*

DM *DM*

Assinatura: *Gleide*

Classificação:

ANAMNESE:

EXAME FÍSICO:

Peso: *hepe* **Temperatura:** *hepe* **F.C.:** *hepe* **PA:** *110/80* **ER:** *hepe* **Glasgow:** *hepe*

SpO2: *hepe* **HGT:** *hepe*

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

() Laboratório:

() Radiológico:

() ECG () Outros

Hipótese do Diagnóstico: *CSA 42 M 15 J*

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

Saída: Data/Hora *11/11/14* às *18h* () Alta referido para UBS () Óbito

() Outra Unid. Urgência () Especialidade

() Internação no Hospital:

ARUANA
SEGUROS S.A.
CID:
15 JAN 2015
Médico: (Carimbo e Assinatura)
Sinistro DOVAT
Carimbo e Assinatura