



Número: **0817088-96.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **04/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DEBORA ODEZ VIANA (AUTOR)		RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63110900	24/11/2020 15:18	2768461_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **DEBORA ODEZ VIANA**

Nº Sinistro: **3180030127**

Vítima: **DEBORA ODEZ VIANA**

Data do Acidente: **09/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180030127**.

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 12256039

Pag. 01755/01756 - carta_01 - INVALIDEZ

00020878



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **DEBORA ODEZ VIANA**

Sinistro: **3180030127**

Vítima: **DEBORA ODEZ VIANA**

Data do Acidente: **09/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

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 3180030127** 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

Pag. 00483/00484 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12278107



Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12336850

A/C: DEBORA ODEZ VIANA

Nº Sinistro: 3180030127
Vitima: DEBORA ODEZ VIANA
Data do Acidente: 09/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: DEBORA ODEZ VIANA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 0000023743-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01831/01832 - carta_15R - INVALIDEZ

00010916



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: 3180030127 - 1
Nome do(a) Examinado(a): DEBORA ODEZ VIANA
Endereço do(a) Examinado(a): RUA DOUTOR GIRAO nº 1066 - REDENCAO - MOSSORO/RN
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 002576214 - SSP
Data local do exame: 26/01/2018 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 distal do radio esquerdo.

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.

Segurada atendido no hospital regional Tarcísio Maia em Mossoró-RN. Tratada conservador sem sucesso, indicado cirurgia e ainda não realizada e com deformidade em varo do punho esquerdo e atrofia muscular. evoluiu com deformidade em punho esquerdo e limitação média da flexo extensão do mesmo

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 anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

deficit funcional médio em punho esquerdo.

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(*)

☐

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

☐

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)

Região Corporal(Sequela)

PUNHO ESQUERDO

☐

10%

☐

25%

☒

50%

☐

75%

☐

100%

☐

10%

☐

25%

☐

50%

☐

75%

☐

100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐

10%

☐

25%

☐

50%

☐

75%

☐

100%

☐

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.

revisão avalia em acordo com o examinador , após análise do exame físico e documentação - APRESENTOU RAIOS X DA ÉPOCA E ATUAL QUE MOSTRA FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO CONSOLIDADA E COM DEFORMIDADE

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - MOSSORO, 26/01/2018

Médico Perito: FRANCISCO ALMICARDE LOPES CRM:3136/RN

Francisco Almicarde Lopes

Dr. Francisco Almicarde Lopes
CRM: 3136/RN
2018

Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 24/11/2020 15:18:57

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112415185639600000060503713>

Número do documento: 20112415185639600000060503713



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

067-783-274/89

Nome completo da vítima

DEBORA ODEZ VIANA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	DEBORA ODEZ VIANA	CPF titular da conta	067-783-274/89	Profissão	PROCURADOR
Endereço	R. DOUTOR GIRAÔ	Número	1066	Complemento	E ASA
Bairro	REDANÇO	Cidade	MOSSORÓ	Estado	RN
Email		CEP	59600-002	Telefone (DDD)	84 98813-7415

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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)

AGÊNCIA

Nº 3064

DIV

CONTA

Nº 013

DIV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todas os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

DIV

CONTA

Nº

DIV

(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 Lider 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 29 de 10 de 2017

Local e Data

Debora Odez Viana

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

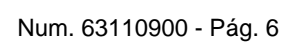
FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 24/11/2020 15:18:57

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112415185639600000060503713>

Número do documento: 20112415185639600000060503713





BOLETIM DE OCORRÊNCIA (DECLARATÓRIO) Nº

DECLARAÇÃO DA OCORRÊNCIA

Debra Oly Riana
ASSINATURA DO DECLARANTE RESPONSÁVEL





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR 0004/14



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 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

DEBORA ODEZ VIANA

CPF da Vítima

067 793 974/89

Data do Acidente

09/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 Lider 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.

Mossoró/RN, 29 de 12 de 2017

Local e Data

Debora Odez Viana

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 24/11/2020 15:18:57

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112415185639600000060503713>

Número do documento: 20112415185639600000060503713



ATO



SEABOARD LIBRARY 5 11/01/2018 12:19 - 00000003942

Dr. David F. Cook, M.D.
Clinical Card Electrophysiology
CRM 5587

Matricula 405418-2
Diretor do SAMU/ Mossoró



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:	30/01/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEBORA ODEZ VIANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000023743-3

Nr. da Autenticação FA2E827CAAC49B0F





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSA DO NETO



26/7.289

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Débora Odiz Vianna D. N. 100588 Idade:
Profissão: Cartão SUS n°
Endereço: Rua: Antônio Fagundes, 13 Bairro: Integrado
Cidade: Mossoró U.F. RN Fone:
Filiação: Mãe: Pai:

Data: 09/10/2017 Hora: 17:09 A.C.C.R.: Gláucia 15

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Paciente de idade de 15 anos com
trauma direto e indireto da
coluna cervical. Apresenta
fratura de corpo vertebral em C6

SECRETARIA DE SAÚDE DO RN
5 11/01/2018 12:19 - 000000000000

2 - EXAME FÍSICO

PA = 130/80 SAT = 97% FC = 78

Acorda, corado, hidratado, alerta
e eupneico

MM. 11/12

Reflexos: + Babinski

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

trauma

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 31/10/2017

SAME/ARQUIVO



Hora:

Hora:

Hora:

Rommel Vieira
Igreja de Cabeça e Pescado
Cidade Geral
CEMILAN 6302

Dr. Antonio Placido de A. Neto
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
R. 700 CDM 1161-RN

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

HOSPITAL REGIONAL TANQUE PABLO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORÓ 31/10/20

SAME ARQUIVO

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITI(S)

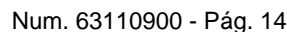
7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() ALTA DO PRONTO SOCORRO () INTERVENÇÃO HOSPITALAR () TRANSFERÊNCIA () OUTROS (Descrever)


Observações:

•

•

Identificação Médica

UGV

 Sistema Único da 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 <i>Debora Chay Viana</i>	
6 - Nº DO PRONTUÁRIO _____	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____	
8 - DATA DE NASCIMENTO <i>1/1</i>	
9 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
10 - RAÇA/COR _____	
11 - NOME DA MÃE _____	
12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL _____	
14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____	
17 - COD. IBGE MUNICÍPIO _____	
18 - UF _____	
19 - CEP _____	
JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Ata 11 fratura de rádio distal e escarificação do punho D. Vento estomintar</i>	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Ata cirurgia</i>	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>exame físico e raio x</i>	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura distal</i>	
24 - CID 10 PRINCIPAL <i>S62.0</i>	
25 - CID 10 SECUNDÁRIO _____	
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Ata Cir Fr. escarificação (punho esquerdo)</i>	
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>070802090-6</i>	
29 - CLÍNICA _____	
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____	
31 - DOCUMENTO () CNES () CPF _____	
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Ortopedista Dr. João Carlos de Jesus</i>	
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>09/10/17</i>	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
36 - CNPJ DA SEGURADORA _____	
37 - Nº DO BILHETE _____	
38 - SÉRIE _____	
39 - CNPJ EMPRESA _____	
40 - CNES DA EMPRESA _____	
41 - CBOR _____	
42 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA _____	
43 - EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____	
45 - COD. EMISSÃO EMISSOR _____	
46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR _____	
47 - DOCUMENTO _____	
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>1/1</i>	
50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____	

HOSPITAL REGIONAL
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 09/10/2017
 SANEAMENTO





SEBULIHOKE LINEA 0001 5 11/01/2018 12:18 - 000000000000



BRASIL

Serviços Barra GovBr

([HTTP://BRASIL.GOV.BR](http://BRASIL.GOV.BR))

(<http://www.vilbras.gov.br/>)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **067.723.274-89**

Nome: **DEBORA ODEZ VIANA**

Data de Nascimento: **10/05/1988**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **25/05/2004**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **21:55:25** do dia **06/12/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **929D:CB26.CF59.B642**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder em
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015264/18
Vítima: DEBORA ODEZ VIANA
CPF: 067.723.274-89

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 09/10/2017
Titular do CPF: DEBORA ODEZ VIANA



DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DEBORA ODEZ VIANA : 067.723.274-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A Indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/01/2018
Nome: DEBORA ODEZ VIANA
CPF/CNPJ: 067.723.274-89

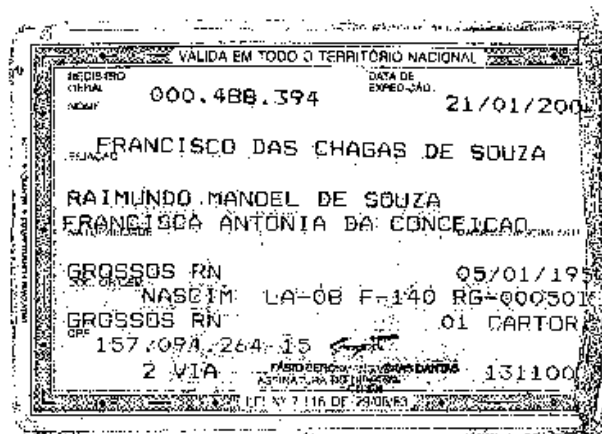
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/01/2018
Nome: JANAINA RIBEIRO DE ALMEIDA
CPF: 870.655.687-68

DEBORA ODEZ VIANA

JANAINA RIBEIRO DE ALMEIDA





prop. Veículo

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL 5 11/01/2010 12:13 - 000000004



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180030127 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEBORA ODEZ VIANA **Data do acidente:** 09/10/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE
COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME MEDICO PERICIAL - Analista não identificou (quantificou) possíveis sequelas através dos documentos anexados

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180030127 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEBORA ODEZ VIANA **Data do acidente:** 09/10/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE
COMPANHIA DE SEG

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do radio esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: deficit funcional médio em punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Segurada atendido no hospital regional Tarcísio maia em Mossoró-RN. Tratada conservador sem sucesso, indicado cirurgia e ainda não realizada e com deformidade em varo do punho esquerdo e atrofia muscular. evoluiu com deformidade em punho esquerdo e limitação media da flexo extensão do mesmo

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/01/2018

Conduta mantida:

Observações: revisão avalia em acordo com o examinador , após análise do exame físico e documentação - APRESENTOU RAIOS X DA ÉPOCA E ATUAL QUE MOSTRA FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO CONSOLIDADA E COM DEFORMIDADE

Médico examinador: FRANCISCO ALMICARDE LOPES

CRM do médico: 3136

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

