



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
<b>DEBORA ODEZ VIANA (AUTOR)</b>	<b>RAPHAELA DAYANNA CORTEZ CABRAL (ADVOGADO)</b>
<b>Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)</b>	<b>LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63110 900	24/11/2020 15:18	<a href="#"><u>2768461_CONTESTACAO_Anexo_03</u></a>	Documento de Comprovação

---

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **DEBORA ODEZ VIANA**

Nº Sinistro: **3180030127**  
Vitima: **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



---

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**



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:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>1.687,50</b>

**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](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: 3180030127 - 1

Nome do(a) Examinado(a): DEBORA ODEZ VIANA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA DOUTOR GIRAO nº 1066 - REDENCAO - MOSSORÓ/RN

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 002576214 - SSP

Data local do exame: 26/01/2018 MOSSORÓ/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 complicações.

**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**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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.

**deficit funcional médio em punho esquerdo.**

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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 RÁDIO ESQUERDO CONSOLIDADA E COM DEFORMIDADE**

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - MOSSORÓ, 26/01/2018

Médico Perito: FRANCISCO ALMICARDE LOPES CRM:3136/RN

*Francisco Almicarde Lopes*

*Francisco Almicarde Lopes*  
Médico Perito CRM: 3136/RN

Assinatura do perito Examinador - CRM



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=2011241518563960000060503713>

Número do documento: 2011241518563960000060503713

Num. 63110900 - Pág. 4



**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 incorretas 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	Nome completo da vítima	
	067-783-274/89	DÉBORA ODEBZ VIANA	

<b>DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL</b>			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
DÉBORA ODEBZ VIANA	067783074189	RECEBEDOR	
Endereço	Número	Complemento	
R. DOUTOR GIRÃO	1066	6 ASA	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
REDENÇÃO	MOSSORÓ	RN	59600-002
Email		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.			

<b>FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO 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
<b>1 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)	
<b>2 CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
BANCO			
Nome			
AGÊNCIA	DIV	CONTA	DIV
Nº:		Nº:	
3064		013	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA			
Nº:	DIV	CONTA	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/RN 29 de 10 de 2017*

Local e Data

*Débora Odéz Viana*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/7017





SESSÃO DE LIBERDADE 5 DE NOVEMBRO DE 2018 - DIRETORIA



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

Num. 63110900 - Pág. 6



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL

SEGUNDO DISTRITO POLICIAL - 2º DP/MOSSORÓ  
Rua Camilo de Paula, s/nº, Bairro Nova Betânia, Mossoró-RN, Tel.(0xx84) 3315-5592

BOLETIM DE OCORRÊNCIA (DECLARATÓRIO) Nº  
1198/2017.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito (Declaratório).

LOCAL DO FATO: Avenida Integração, Integração, Mossoró/RN.

DATA E HORA DO FATO: 09/10/2017, por volta das 16:45hs.

DECLARANTE: Débora Odez Viana

ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Doutor Girão 1066 Redenção, Mossoró/RN.

DATA DE NASCIMENTO: 10/05/88

DOCUMENTO: RG nº 002576214/RN

TEL: (84) 988137415

VÍTIMA: A declarante.

NOTICIADO: Motociclista desconhecido, não sabe a placa, não sabe o nome ou característica.

DECLARAÇÃO DA OCORRÊNCIA

**A declarante relata** que na data, hora e local, acima supracitado, conduzia a moto placa MYP 9014/RN, RENAVAM nº 969559933, Yamaha Neo, em nome de Francisco das Chagas de Sousa, quando ao se assustar com a "barulho" da moto do noticiado na via, "brecou e derrapou", vindo a sofrer uma "queda"; Que foi atendida no Hospital Regional Tarcísio Maia; Que declara o registro do presente BO para fins protocolares para solicitação do pagamento do seguro DPVAT; Nada mais disse.

DATA E HORÁRIO DO ASSENTAMENTO DAS DECLARAÇÕES: 14/11/2017, às 16h30min.

**OBS.:** Não compareceu nenhum servidor desta delegacia (2º DP de Polícia Civil/Mossoró-RN) no local/dia/data/hora do ocorrido para constatar a veracidade das declarações prestadas.

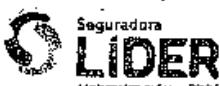
**OBS:** As declarações constantes neste ato declaratório para registro do presente B.O. declaratório são de inteira responsabilidade do declarante.

**PROVIDÊNCIAS ADOTADAS:** Elaboração do B.O. declaratório. Não houve representação criminal ou procedimento policial/investigatório instaurado nesta 2º DP-Mossoró/RN.

Débora Odez Viana

ASSINATURA DO DECLARANTE RESPONSÁVEL

apc holder-1690205



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (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 VITIMA 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

DEBORA DIBZ VIANA

CPF da Vítima

067 799 974/89

Data do Acidente

09/10/2017

### REPRESENTANTE LEGAL DA VITIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

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 atende 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.

Massapê/PB, 29 de 12 de 2017  
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017





SAMU  
MOSSORÓ  
192

Prefeitura Municipal de Mossoró  
Secretaria Municipal da Saúde  
SAMU MOSSORÓ 192

ATO

Depois de ser digitado



**DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO N° 719**

Mossoró 07 de Novembro de 2017

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a): **DEBORA ODEZ VIANA,**

RG: **002.576.214** passo a informar o que consta em nosso registro.

**Identificação da ocorrência: 29**

**Nome do Paciente: DEBORA ODEZ VIANA, 29 anos.**

**Data: 09/10/2017**

**Local da ocorrência: Av: Integração.**

**Viatura: USB – Unidade de Suporte Básico 02.**

**Hora do Chamado: 16h 45min.**

**Natureza da Ocorrência: Queda de moto.**

**Procedimento no Local:** Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU, encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.

**Silvana do Monte Santiago**

Agente administrativo SAMU/Mossoró

**Dixon Fradik Medeiros de Lima**

Matrícula 405418-2

Diretor do SAMU/ Mossoró

01.10.2017 09h 11' 1982  
01.10.2017 Cardiologia  
01.10.2017 15987

**SAMU – Mossoró**  
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN  
Tel / FAX: (0xx-84)3313-4915  
e-mail: [samu.mossoro@hotmail.com](mailto:samu.mossoro@hotmail.com)



# 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



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=2011241518563960000060503713>  
Número do documento: 2011241518563960000060503713

Num. 63110900 - Pág. 10



A barcode with the text "Ouvidoria do principal autor do trabalho" above it and the number "00031" below it.

### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO DAS CHAGAS DIAS SOUZA,  
RG nº 000488.394 data de expedição 91/01/2004  
Órgão SSP/PA portador do CPF nº 157.094.264/15 com  
domicílio na cidade de Mossoró no Estado de  
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
MARCO MONTE nº 50,  
complemento 0230, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima DEBORA ODEZ VIANA cujo o condutor era  
DEBORA ODEZ VIANA.

Véiculo: YAMAHA  
Modelo: AT115  
Ano: 2008  
Placa: MVR-9014  
Chassi: 96614E1000800181158  
Data de Acidente: 09/10/2012  
Local e Data: MAREchal F 13/11/2012

Assinatura do Declarante

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



**PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO**

Nome: Debora Odz Viana D. N. 100588 Idade: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Cartão SUS n.º \_\_\_\_\_  
Endereço: Rua: Antônio Freiredes, 13 Bairro: Integracar  
Cidade: Mossoró U.F. RN Fone: \_\_\_\_\_  
Filiação: Mãe: \_\_\_\_\_ Pai: \_\_\_\_\_

Data: 09/10/2017 Hora: 17:09 A.C.C.R.: 610000015

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

Refluxo de ácida de náusea e  
Vomito direto e indireto de  
aproximadamente 10x dia. Piora quando  
está deitado e melhora quando  
está sentado ou deitado

SECRETARIA DE SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ

5  
11/10/2017  
12:59 - 63110900-13

BRASIL

**2 - EXAME FÍSICO**

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

Tríca da corrente, tritato de arco e  
lengüe

PR: 17/17 D12

RR: 16

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

SAME/ARQUIVO

**3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)**

#### 4 - CONDUTA MÉDICA

Data:

Hora: 17:30

- Cut furrow to a depth of 10 cm
- Water the cuttings

Romualdo Vaz  
Chuva de Cabo a Pescador  
Cidade Geral  
CEMIRAN 6302

Dr. Antônio P. Sá de A. Neto  
ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGO  
27º CRM 1.161-RN

## 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### 6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITI(S)

SAME/ARQUIVO

HOSPITAL REGIONAL TAI CICLO 04  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
CAMPANAS 31/10/2012

## 7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

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

### Observations

Data: 1 2 3

Horas:

### Identificação Médica





Brasília. Ministério  
Único da de  
Saúde Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

 <b>Sistema Único de Saúde</b> MINISTÉRIO DA SAÚDE		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>			
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE [Redacted]				2 - CNES [Redacted]	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE [Redacted]				4 - CNES [Redacted]	
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE <i>Delcinea Chagas Viana</i>				6 - N° DO PRONTUÁRIO [Redacted]	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) [Redacted]		8 - DATA DE NASCIMENTO [Redacted]		9 - SEXO Mas. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	10 - RACIAÇÃO <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11 - NOME DA MÃE [Redacted]		12 - TELEFONE DE CONTATO DDD [Redacted] N° DO TELEFONE [Redacted]			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL [Redacted]		14 - TELEFONE DE CONTATO DDD [Redacted] N° DO TELEFONE [Redacted]			
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) [Redacted]		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA [Redacted]		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO [Redacted]	18 - UF [Redacted]
					19 - CEP [Redacted]

## JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
<p>Febre de origem indeterminada de 10 dias de evolução, com febre de 38,5°C, cefaleia intensa, dor de dentes, dor de garganta, dor no peito, dor nas costas, dor nas articulações, dor nas extremitades, dor nas costas, dor nas articulações, dor nas extremitades.</p> <p>Febre amigdalo-faringite.</p> <p>Exames: ...</p>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Febre de origem indeterminada	562.0		

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
<i>Ativ. ex Br. e Testosterol (oral/caps)</i>				<i>07818020416-6</i>	
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNB/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
	<i>Barreto</i>	<input type="checkbox"/> CNB <input type="checkbox"/> CPF			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		35 - ASSINATURA E CARIMBO (P. DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<i>Ortopedista Cir. de Joelho C.R. 11.731</i>		<i>09/10/17</i>			

BRUNNEN Verlag

<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>					
36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE		
37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR	
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA					
( ) EMPREGADO	( ) EMPREGADOR	( ) AUTÔNOMO	( ) DESEMPREGADO	( ) APOSENTADO	( ) NÃO SEGURADO

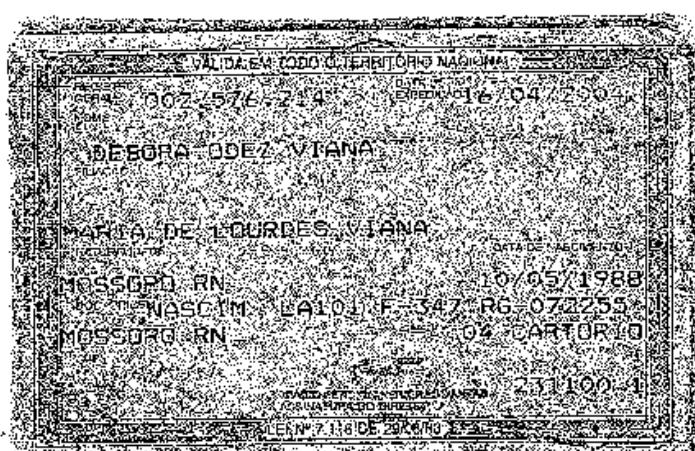
**AUTORIZAÇÃO**

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. EMISSÃO EMISSOR		52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				51 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
ESTA CONFORME O ORIGINAL HOSPITAL FELIPE DE OLIVEIRA					
SAMÉAROUV SAMÉAROUV					





Instrumentos de Identificação





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

Dígito 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.)





SEARCHED INDEXED SERIALIZED FILED 5 JULY 2008 12:18 - 00000000000000000000000000000000



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos  
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](http://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

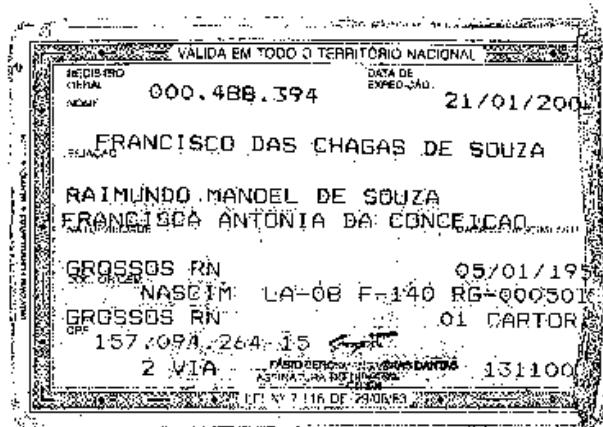
DEBORA ODEZ VIANA

JANAINA RIBEIRO DE ALMEIDA



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=2011241518563960000060503713>  
Número do documento: 2011241518563960000060503713

Num. 63110900 - Pág. 19



prop. Veical

SEKUNDER LIVET DRAFT 3 11/01/2018 12:19 - 000000000004



## 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** deficit funcional médio em punho esquerdo.  
**médico pericial:**

**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 analise do exame físico e documentação - APRESENTOU RAIO 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

### 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:**



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=2011241518563960000060503713>  
Número do documento: 2011241518563960000060503713

Num. 63110900 - Pág. 22