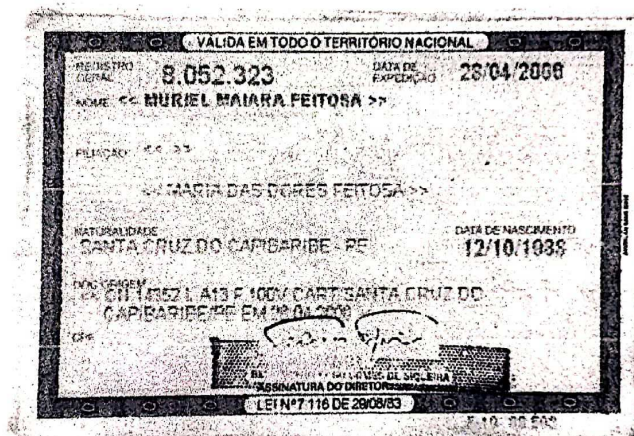




Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

A. Freire de Sousa Cartório

Alice Freire de Sousa - Titular

Aline Freire de Sousa Ferrez - 2ª Substituta

CGC:01.697.038/0001-28 - CPF: 355.952.604-68

Av. Ramiro Alves da Rocha, nº 73 - Centro - Igarapava (0XX81) 3731-3181

Certifico que nas Fls: 134, Livro: A-47, Nº: 37.354, encontra-se o registro de nascimento de Kiara Rayssa Feitosa, do sexo feminino, nascido(a) aos sete de maio de dois mil e seis (07/05/2006), às 10:50 horas Fundado: Hospital: _____

horas, Fundata - Hospital, na cidade de: Taquaritinga do Norte - PE

Filho(a) de Muriel Maiara Feitosa

rua: Nicolau Teodoro Aragão, 120 - bairro: Palestina, nesta cidade

solteira, pernambucana, agricultora;

com 17 anos de idade na ocasião do parto.

[illegible]

Avós Maternos: Maria das Dores Feitosa

Registro feito no dia 30 de junho de 2006

Testemunhas:

Artigo 197 do regimento interno da Corregedoria deste Estado

Sob número de Da: 23926283

Declarante: Muriel Maiara Feitosa - Acomp: da mãe.

Obs:Primeira via.

Santa Cruz do Capibaribe, sexta-feira, 30 de junho de 2006

OFFICIAL

TRIBUNAL DE JUSTICA DE PERNAMBUCO

SELO
Autenticidade
Circulante

CERTIFICADO

ABX 0133517

FILIA - SÃO PAULO	FILIA AO CARTÓRIO	FILIA NOS TABELÕES
IAHELDO JOSÉ CYRILLO MARIA DE ROSARIANACACIA, GI JULIA RITA CARRAZZ	JOSÉ DOS PASSOS CARLAIRI - PT	PAULO GUERITA MÁRIO ROMÃO ARCELINO MACIEL RECHT - PT

CAR. DO REGISTRO CIVIL
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
VÁLID. E MENT. O M. DO DE
AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO

CARTÓRIO PA. REGISTRO CIVIL
1º DIO (R/TQ/BSDE)
ALICE PUPPES DE SOUSA OFICIALA
ALINE LOPES DA SILVA PEREIRA



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SEÇÃO DE MUTIRÕES DE CONCILIAÇÃO DA CAPITAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autor(a): KIARA KAYSSA FEITOSA
inscrito no CPF: 000.000.000-00, vem solicitar com respaldo
no Art. Nº 1 da Instrução Normativa nº 8 do TJPE de 28.08.2013, publicada
em: 30.08.2013, edição 160/2013, que os presentes autos que versam
sobre Indenização de DPVAT, sejam remetidos imediatamente à Seção
Seção Especializada de Mutirões de Conciliação a Capital, antes da
distribuição para alguma das Varas Cíveis, para que o feito possa ser
inserido em pauta de Mutirões de acordo com o cronograma anual da Seção.

Recife, 22 de Dezembro de 2012.

“DE ACORDO”:

Muriel Maiana Leitão
Autor(a)



INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: KIARA RAYSSA FEITOSA, Menor, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Estudante, portado do CERTIDÃO DE NASCIMENTO DE Nº 37.354, LIVRO-A-47, Assistido (a) legalmente por Sua Genitor MURIEL MAIARA FEITOSA, brasileiro (a), Profissão: autônoma, inscrito (a) no CPF sob o nº 091.062.294-92 e portador (a) da cédula de identidade nº 8.052.323 SDS-PE, residente e domiciliado (a) RUA NICOLAU TEODORO ARAGÃO, Nº 120 – NOVA PALESTINA – SANTA RUZ DO CAPIBARIBE – PE.

OUTORGADOS: BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE pelo nº 22.090, MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE pelo nº 25.324 e VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE nº 18.789 todos com endereço profissional situado na Rua capitão José da Luz, nº 137, Sala 502. Ed. Condomínio Cervantes Ilha do Leite, Recife - PE.

PODERES:

Da cláusula "Ad Judicial" representando a outorgante perante qualquer Juízo, Tribunal ou Órgão Administrativo, podendo ainda, apresentar queixa, assinar, requerer, transigir, dar quitação, desistir, firmar e prestar compromisso, apresentar declarações, requerer, receber e levantar alvarás judiciais, substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE, 22 DE DEZEMBRO de 2017.

Muriel Maiara Feitosa

MURIEL MAIARA FEITOSA



DECLARAÇÃO

KIARA RAYSSA FEITOSA, Menor, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Estudante, portado do CERTIDÃO DE NASCIMENTO DE Nº 37.354, LIVRO-A-47, Assistido (a) legalmente por Sua Genitor MURIEL MAIARA FEITOSA, brasileiro (a), Profissão: autônoma, inscrito (a) no CPF sob o nº 091.062.294-92 e portador (a) da cédula de identidade nº 8.052.323 SDS-PE, residente e domiciliado (a) RUA NICOLAU TEODORO ARAGÃO, Nº 120 – NOVA PALESTINA – SANTA RUZ DO CAPIBARIBE – PE. Declaro que, sob as Penas da Lei e para quaisquer fins de direito, que não requeri a tutela jurisdicional para recebimento do Seguro DPVAT ora pleiteado, em nenhum juízo no Estado de Pernambuco, bem como, em outro estado da federação.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE / PE, 22 DE DEZEMBRO de 2017.

Muriel Maiara Feitosa

MURIEL MAIARA FEITOSA



DECLARAÇÃO DE POBREZA

KIARA RAYSSA FEITOSA, Menor, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Estudante, portado do CERTIDÃO DE NASCIMENTO DE Nº 37.354, LIVRO-A-47, Assistido (a) legalmente por Sua Genitor **MURIEL MAIARA FEITOSA**, brasileiro (a), Profissão: autônoma, inscrito (a) no CPF sob o nº 091.062.294-92 e portador (a) da cédula de identidade nº 8.052.323 SDS-PE, residente e domiciliado (a) RUA NICOLAU TEODORO ARAGÃO, Nº 120 – NOVA PALESTINA – SANTA RUIZ DO CAPIBARIBE – PE. Assistido (a) como Contratado De acordo com as Leis nº 1.060/50 e 7.510/86, para o fim de obter a GRATUIDADE DE JUSTIÇA que não possui condições financeiras para arcar com o ônus das custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família. Declara conhecer que está sujeito às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, em sendo comprovada a falsidade das afirmações supra.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE- PE, 22 DE DEZEMBRO DE 2017.

Muriel Maiara Feitosa

MURIEL MAIARA FEITOSA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MURIEL MAIARA FEITOSA

RG nº 8.052.323, data de expedição 23/04/06, Órgão SDS-PE,

CPF nº 091.062.294-92 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA NICOLAU TEODORO ARAÇÃO</u>
Número	<u>120</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>NOVA PALESTINA</u>
Cidade	<u>STª CRUZ DO CAPIBARIBE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55190-000</u>
Telefone de Contato	<u>96092879</u>
E-mail	<u>~ ~ ~ ~ ~</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: STª CRUZ DO CAPIBARIBE-PE, 04-10-2017

Assinatura do Declarante: Muriel Maiara Feitosa



SINISTRO 3170563076 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA KIARA RAYSSA FEITOSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO KIARA RAYSSA FEITOSA

CPF/CNPJ: 09106229492

Posição em 06-12-2017 08:28:47

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 7.087,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
07/12/2017	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50

06/12/2017 07:27





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE - DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0218003425**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/09/2017** às
09:18

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **6/8/2017** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **AO LADO DA MAKITAL - DEPOIS DO OSCAZÃO, AO LADO DA MAKITAL - DEPOIS DO OSCAZÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 01, AO LADO DA MAKITAL - DEPOIS DO OSCAZÃO -**
Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR/AGENTE)
JOSÉ AILTON SALES (OUTRO)
KIARA RAYSSA FEITOSA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
KIARA RAYSSA FEITOSA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

KIARA RAYSSA FEITOSA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MURIEL MAIARA FEITOSA Data de Nascimento: 7/8/2008 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: **RUA NICOLAU TEODORO ARAGÃO - BAIRRO PALESTINA, RUA NICOLAU TEODORO ARAGÃO - BAIRRO PALESTINA - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 120, RUA NICOLAU TEODORO ARAGÃO - BAIRRO PALESTINA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL, RUA NICOLAU TEODORO ARAGÃO - BAIRRO PALESTINA**

DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSÉ AILTON SALES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido da menor. **KIARA RAYSSA FEITOSA** REG- 37.354, que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE**. no dia 06 de agosto de 2017, às 16h37m, na PE 160, ID-0486 RG-20.708, com queixa de colisão de moto com moto, tendo sido enviada pela **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)**, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a para UPA 24H

De acordo com o registro de informação do **SAMU**, foi realizado protocolo de trauma, avaliação primária pela equipe, feito AVP, monitoramento, remoção para UPA 24h de Santa Cruz do Capibaribe.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 05 de SETEMBRO de 2017.

Maria Lenice C. da Silva
Coordenadora SAMU
Mat. 904029

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
Coordenadora

Recebi esta declaração do SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

EM ____/____/____.



Hospital Restauração NCR/Traumato



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

20:20

Nome: Kiana Rassa Furtosa 11 anos

Rx

Menor vítima de acidente de motocicleta apresentando fratura exposta 1/3 médio fêmur esquerdo + TCE (fratura/atufamento crânio frontal?)

Glasgow 13

PA: 110x60; FC 102 bpm; FR 30 rpm;
SpO₂ 96%

Pupilas isocóricas / reagentes.

Hd: Politrauma (Fx exposta fêmur + TCE)

Data: / /

MÉDICO

Nome:

Medicamentos:

Data: / /

Rg.:

MÉDICO

CÓPIA AUTORIZADA



CLASSIFICAR COMO VERDE:

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência(); Febre sem outros sinais clínicos(); Lombalgia intensa
Retorno com >24h(); Entorse, suspeita de fraturas, luxações(); Dor abdominal sem alterações de SSVV();
PAS entre 160 a 190mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas(); Dor de garganta com
História de febre e com placas sem toxemia().

Obs:

CLASSIFICAR COMO AZUL:

Queixas crônicas sem alterações agudas(); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica
recorrente(); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou ret. de pontos (); Vômito
diarreia sem desidratação(); Constipação intestinal sem outros sintomas(); Administração de medicamento
Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes().

OBS:

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

ENCAMINHADO:

ASS. E CARIMBO:

COORDENAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL:

MÉDICO:

Histórico do paciente:

Paciente vítima acidente motociclita, politraumatizado
c/ fratura exposta 4/3 médio fêmur (E) + TCE

Exame Físico:

Glasgow (13)

PAS: 110x70

Hipótese diagnóstica

S102 99%

FC: 110 bpm / FR: 30 rpm

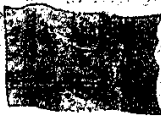
Conduta:

Pupilas isocóricas /otorreagantes

1) Tomografia para HR NCR/ Traumatismo
Sinal: 52 28 737.

CÓPIA AUTORIZADA





FICHA DE ATENDIMENTO

UPA
24h

RECEPCIONISTA: Probalind Data: 06/08/17 Hora: 17:06 min
Nome: KICIA RAUZA FANTOZA Nº do Prontuário: _____
RG: _____ Idade: 10 Nascimento: 07/05/06 Nº SUS 838 0034 94 45 88
Estado Civil: _____ Profissão: _____ Fone: () 3133-1815
Endereço: NICO LAU TEODORO ARAÇÃO Nº 120 Bairro: PALESTINA
Cidade: SCC Acompanhante: ☒ Sim Não () Nome: MARIA DAS DORES
Pai: _____ Mãe: Maria Mayara Fantoza AVÓ

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ : _____ min

PA: _____ T: _____ HGT: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2% _____

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____ : _____ min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO:

Cianose (); Estridor (); PC<50>140 (); FR>32vpm (); Extremidades frias (); Pulso fraco ();
Ausente (); Sudorese (); PAS<80mmhg (); PAD>130mmhg (); Letargia (); Convulsionando ();
Inresponsivo ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intenso (); Lesão grave ();
Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglecia com sudorese intensa ()

OBS: _____

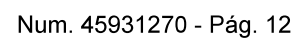
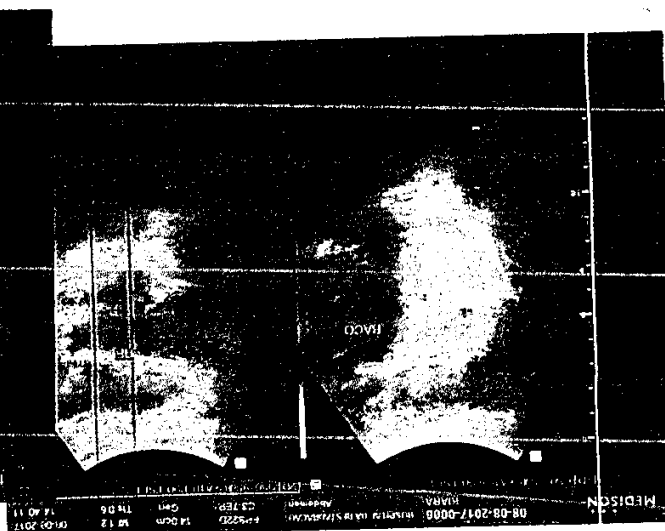
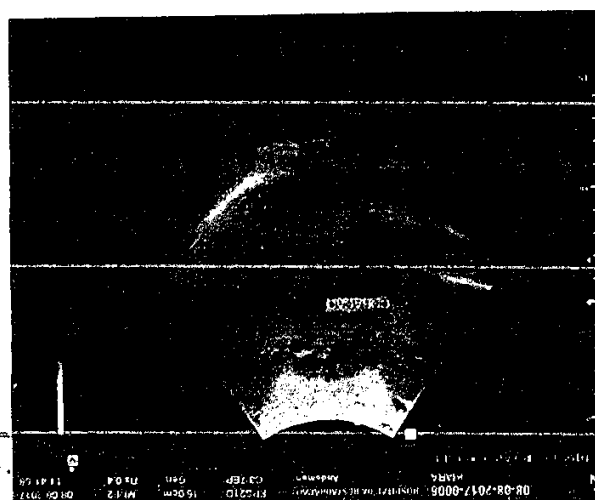
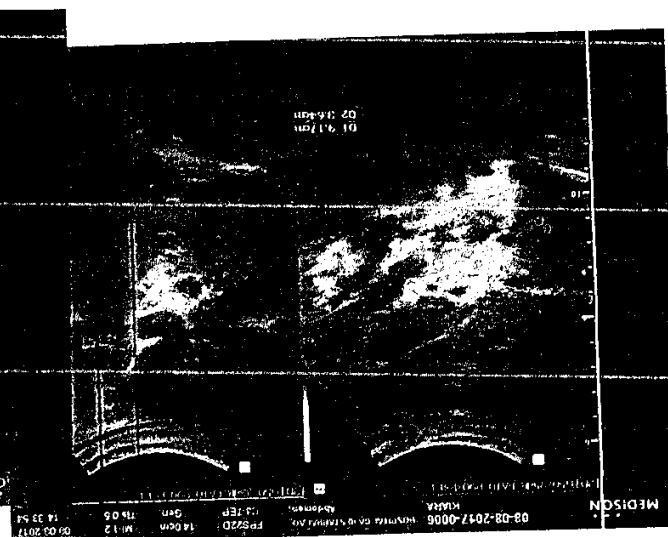
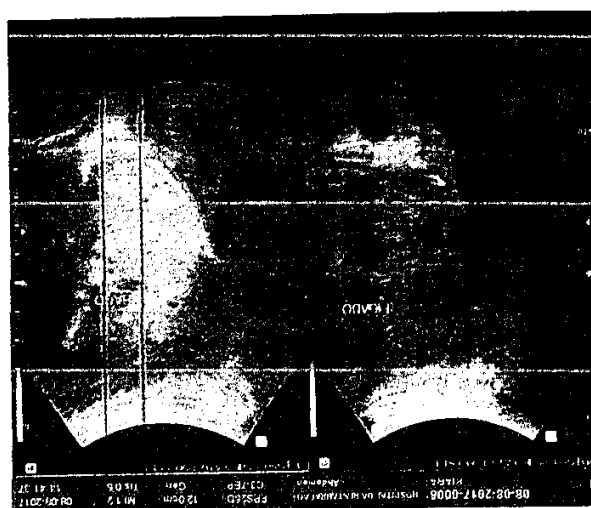
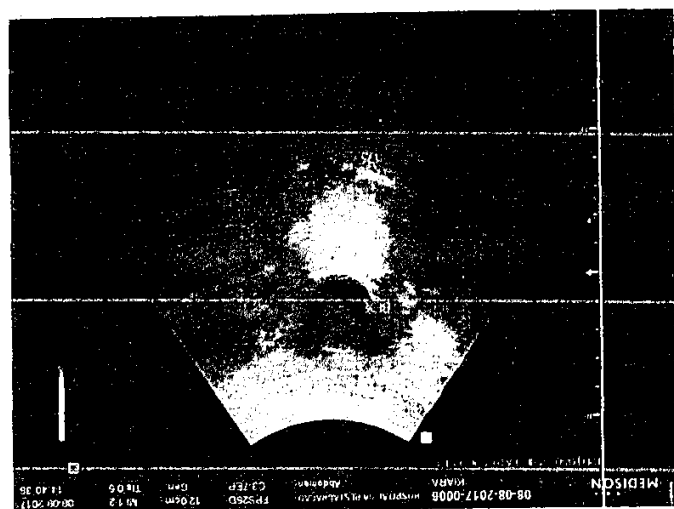
CLASSIFICAR COMO AMARELO:

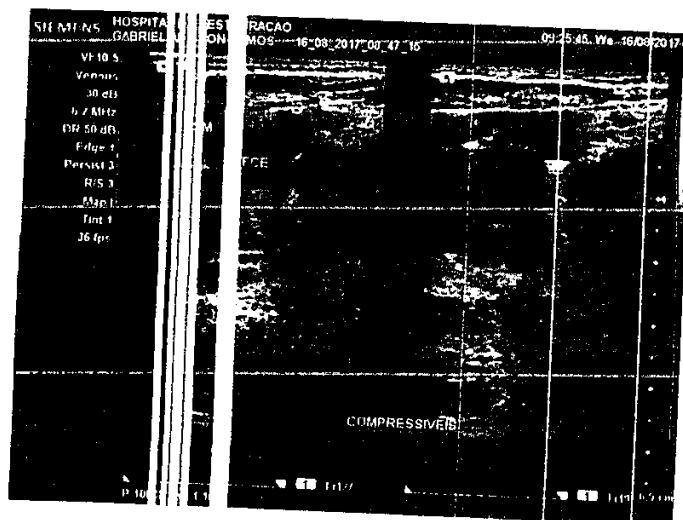
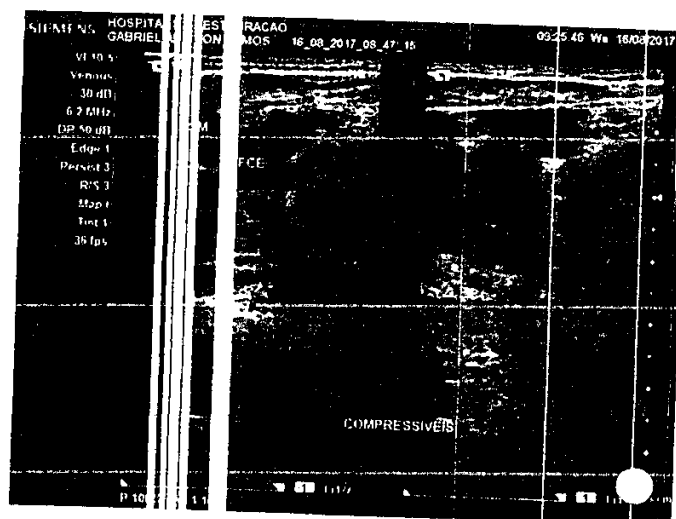
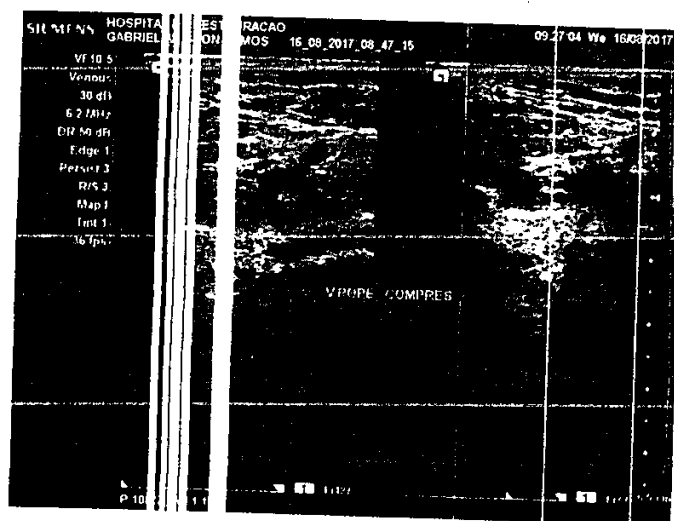
Politraumático com Glasgow entre 13 e 16 (); FC<50 ou >140 (); PAS<90 ou >190mmhg (); PAD>130 ();
Temperatura >39°C (); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24h (); mucosas ressecadas ();
Feridas de 1° e 3° graus em áreas não críticas (); Abuso sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa ();
Articulações anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa (); história até 72h de:
Trauma (); Hematêmese (); enterorragia (); epistaxe (); Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico ();

OBS: _____

CÓPIA AUTORIZADA







405-4

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO da

Nº Atendimento: 1599436

Neumofisiologia

Nome: Kiana Natana Falcão

Foi atendido às - hs, do dia 07/08/17

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente
mecânico (queda lateral para a mão e mão)
(SIC), apresentando fratura exposta de
fêmur esquerdo (210572)

Tratamento Realizado: 1) Imobilização definitiva da fratura
com fixação de fêmur esquerdo com
torniquete provisório e imobilização com
fixação com tala fixável torniquete-
dante 2) Imobilização definitiva da articulação
3) Curativos diários em unidade fixada de nível
Observação: Paciente em ambulatório de ortopediatria
(no bloco de nível) após 07 (sete)
dias, devido ao avanço de sua
evolução durante 30 (trinta) dias

Assinatura da
Neumofisiologia Médica
14/08/17

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou
ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do
tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público
do Estado de Pernambuco.



Paciente suporta alta em boas condições clínicas em 17/08/17.

[Signature]
Médica
CREMEPE 4653

FR
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

[illegible]

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a Recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

12- PRÓSTATA:

() ECOGRÁFICAMENTE NORMAL () ECOTEXTURA HETEROGÊNEA
() ECOTEXTURA HOMOGÊNEA () CONTORNOS IRREGULARES
() CONTORNOS REGULARES () VOLUME AUMENTADO
() VOLUME NORMAL

MEDE: X X CM. VOLUME: CM³

13 - RESÍDUO VESICAL POS MICCIONAL: ML.

14 - VESÍCULAS SEMINAIS: () NORMAIS () ANORMAIS

OBS (ÍTEM 11, 12, 13 E 14):

15 - ÚTERO EM , MEDE X X CM, VOLUME DE CM³,
TEXTURA , CONTORNOS

OVÁRIO DIREITO, MEDE X X CM, VOLUME DE CM³,
TEXTURA , CONTORNOS

ENDOMÉTRIO, MEDE CM, DE TEXTURA

FUNDO DE SACO POSTERIOR

OBS:

16 - CONCLUSÃO: () ESTUDO ECOGRÁFICO NORMAL

De liquor gene intra caula

Priscila 11/6/15

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (Fax) - (0XX) 81 - 421-5927 # 423-8263



PACIENTE : KIANA MAYSSA FEITOSA
PRONTUÁRIO : 159436
CONVÊNIO : SUS
MÉDICO SOLIC. : DR(a).
DATA DO EXAME : 03/08/17
IDENTIFICAÇÃO :
REG. LIVRO :

ULTRA-SONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL

1.0 - FÍGADO:

- ☒ ECOGRAFICAMENTE NORMAL
☒ ECOTEXTURA HOMOGÊNEA
☐ CONTORNOS REGULARES
☐ BORDOS FINOS
☐ SUPERFÍCIE NORMAL
☐ VOLUME NORMAL
☐ ECOTEXTURA HETEROGÊNEA
☐ CONTORNOS IRREGULARES
☐ BORDOS ROMBOS
☐ SUPERFÍCIE NODULAR
☐ VOLUME AUMENTADO

OBS:

2.0 - VESÍCULA BILIAR:

- ☒ ECOGRAFICAMENTE NORMAL
☒ VOLUME NORMAL
☐ PAREDES FINAS
☐ ANECÓICA
☐ AUSENTE
☐ VOLUME DIMINUÍDO
☐ PAREDES ESPESSADAS
☐ IMAGEM ECOGÊNICA
☐ V. AUMENTADO

3.0 - HEPATO-COLÉDOCO:

- ☒ NORMAL
☐ AUMENTADO
☐ NÃO VISTO MEDE: _____ CM.

4.0 - VEIA PORTA:

- ☒ NORMAL
☐ AUMENTADO MEDE: _____ CM.

OBS (ITENS 02, 03 E 04):

5.0 - BACO:

- ☒ ECOGRAFICAMENTE NORMAL
☐ VOLUME NORMAL
☐ ECOTEXTURA HOMOGÊNEA
☐ V. AUMENTADO
☐ ECOTEXTURA HETEROGÊNEA

6.0 - PÂNCREAS:

- ☒ ECOGRAFICAMENTE NORMAL
☐ ALTERAÇÃO ECOGRAFICA

OBS (ITENS 05 E 06):

7.0 - RINS:

- ☒ ECOGRAFICAMENTE NORMAL
☐ ALTERAÇÃO ECOGRAFICA
RD: ☒ X _____ CM RE: ☒ X _____ CM

OBS:

8.0 - VASOS ABDOMINAIS:

- ☒ NORMAIS
☐ ANORMAIS
9.0 - ASCITE: ☐ PRESENTE ☒ AUSENTE ☐ SEPTADA

10 - ADENOMEGALIAS:

- ☐ PRESENTE
☒ AUSENTE

OBS (ITENS 08, 09 E 10):

11 - BEXIGA:

- ☒ NORMAL
☐ ANORMAL
☐ POUCO REPLETA



Secretaria
de Saúde



HRR
Hospital da Restauração



PACIENTE	Kíara raissa Feitosa		
REGISTRO	846340	PROCEDÊNCIA	409 107
DATA DO EXAME	16/08/17	MÉDICO SOLICITANTE	Angelica Lacerda

EXAME: ECOCOLORDOPPLER VENOSO DOS MIE PARA PESQUISA DE TVP

LAUDO: VEIAS FEMORAL COMUM, FEMORAL, FEMORAL PROFUNDA, POPLITEA, TIBIAIS ANTERIOR E POSTERIOR, SOLEARES, GASTROCNÊMIAS E FIBULARES DE CALIBRES NORMAIS E PAREDES TOTALMENTE COMPRESSÍVEIS PELO TRANSDUTOR (AFASTANDO TROMBOSE), FLUXO ESPONTÂNEO, FÁSICO COM A RESPIRAÇÃO E APRESENTANDO HIPERFLUXO COM A MANOBRA DE COMPRESSÃO DISTAL.

SAFENA MAGNA E PARVA COMPRESSÍVEIS.

CONCLUSÃO:

AUSÊNCIA DE SINAIS ULTRASSONOGRÁFICOS DE TVP EM MIE

Flávia Vitorino

FLÁVIA VITORINO
CRM PE 10421

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, LÍDER KAYSSA FEITOSA, portador da carteira de identidade nº LIVRO A-47, Nº 37.354 e inscrito no CPF/MF sob o nº 111.111.111, residente e domiciliado na RUA NICOLAU TEODORO ARAÚJO, 120, JARDIM PALESTINA, Cidade SÃO CRUZ DO CAPIBARIBE Estado PERNAMBUCO, 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:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Muriel Maiana Feitosa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SÃO CRUZ DO CAPIBARIBE - PE, 10-10-2017

Local e data

