

Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **LARYSSA DE ARAUJO GOMES**

Nº Sinistro: **3180012860**

Vitima: **LARYSSA DE ARAUJO GOMES**

Data do Acidente: **08/09/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180012860**.

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 12197854



Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: LARYSSA DE ARAUJO GOMES

Sinistro: 3180012860

Vítima: LARYSSA DE ARAUJO GOMES

Data do Acidente: 08/09/2016

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 3180012860** 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, 28 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12304891

A/C: LARYSSA DE ARAUJO GOMES

Nº Sinistro: 3180012860
Vítima: LARYSSA DE ARAUJO GOMES
Data do Acidente: 08/09/2016
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: LARYSSA DE ARAUJO GOMES

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 237

Agência: 000005452-6

Conta: 000000002392-2

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

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



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: **3180012860 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **LARYSSA DE ARAUJO GOMES**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO PEDRA BRANCA nº 480 - ZONA RURAL PEDRA BRANCA - NOVA OLINDA/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2007290242-0 - SSP**
Data local do exame: **19/01/2018 JUAZEIRO DO NORTE/CE**

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)

TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO- GLASGOW 12

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.

TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAMENTO E REPOUSO. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA. EVOLUIU COM CEFALÉIA PÓS-TRAUMÁTICA E ANOSMIA

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.

DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

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)

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☒ 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"

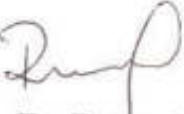
V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - JUAZEIRO DO NORTE, 19/01/2018

Médico Perito: RENAN DE ALMEIDA SILVA CRM:12076/CE


Dr. Renan Almeida
Médico
CREMEC 12076

Assinatura do perito Examinador - 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 057.979.713-99	Nome completo da vítima Joanyssa de Araújo Gomes
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo Joanyssa de Araújo Gomes		CPF titular da conta 057.979.713-99	Profissão Autônoma
Endereço Sítio Pedra Branca		Número 480	Complemento
Bairro P. Branca	Cidade Nova Olinda	Estado CE	CEP 63165-000
Email			Telefone (DDD) (88) 3572-8563
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			
☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☒ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	
☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ 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)	
AGÊNCIA NRO. (Informar dígito se existir)	D/V 	CONTA NRO. 	D/V
BANCO Nome 		NRO. 	
AGÊNCIA NRO. 		CONTA NRO. 	
D/V 		D/V 	

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.

Nova Olinda-CE de DEZEMBRO de 2017

Local e Data

Autorização de pagamento



Joanyssa de Araújo Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Data:13/11/2017 Hora de Brasília:08:31

*** Extrato de Conta Corrente ANB

LARISSA DE ARAUJO GOMES 08:31/18
AGENCIA 5452 CTA 0002332-2 13/NOV/2017

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 229,68
+ CONTA FACIL (C/C + POU) 229,68

TOTAL DE RECURSOS 229,68

SALDO OTSP, P/INVEST. 229,68

MOVIMENTACAO-CONTA FACIL-(C/C + POU)

-----SETEMBRO/ 2017-----

DIA HISTORICO N.DOCDO VALOR

12 SALDO ANTERIOR 0,56

-----OUTUBRO/ 2017-----

10 PARC CRED PESS 7000289 0,56

CONTR 200301993 PARC 030/067

S A L D O 0,00

11 TRANS SAL P/C/C 1105452 1070,52

BCD:237 AGE:05452 CTA:0700651-9

SAGUE C/C BIN 9252858 200,00

AG05452-0559268-06060811101301

COMPRA CART ELO 0523780 335,00

CASA LEAL

MORA CRED PESS 7000284 296,46

S A L D O 140,00

15 SAGUE C/C BIN 1343630 140,00

AG05452-0613433-0463016181732

S A L D O 0,00

-----NOVEMBRO/ 2017-----

10 PARC CRED PESS 7000314 0,00

CONTR 200301993 PARC 031/067

S A L D O 0,00

13 TRANS SAL P/C/C 1306452 1070,52

BCD:237 AGE:06452 CTA:0700651-9

SAGUE C/C BIN 5503249 100,00

AG00454M0035603500924911111102

COMPRA CART ELO 0306905 200,00

COMPRA CART ELO 0779313 45,00

MORA CRED PESS 7000314 283,64

SO C/C BCD21H 1111944 200,00

00031653 11110953

SALDO TOTAL 229,68

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS
NOVA POUPANCA-DEPOS.A PARTIR DE 4/5/12

DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)
ANIVERSARIO 13/11/2017

11 0,00 0,00

12 0,00 0,00

TOTAL 0,00

Av.Bradesco : 5452 - SANTIANA GO

CARTR1

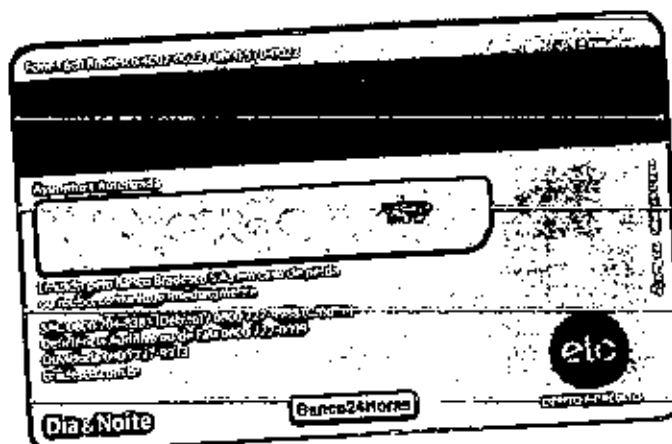
Correspondencia: 1071 - CASA DO CRIADOR

NSU: 020392891043 Autenticacao: 010068

QUINHORA BRANCO

0800 727 5933

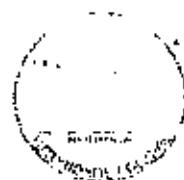
SEGURO LIDER OFERT 5 21/12/2017 16:43 - 000003330604



SEGURADORA LIDER DEVRT 5 21/12/2017 16:48 - 000000330805



91



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº MB - 8718 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/11/2017 09:21:43**
Data / Hora da Ocorrência: **08/09/2016 08:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA NOVA OLINDA - SANTANA DO CARIRI**
Complemento:
Bairro:
Município: **NOVA OLINDA/CE**
Ponto de Referência: **BAIXIO DO GEREMIAS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LARYSSA DE ARAUJO GOMES**
Nascimento: **03/04/1995** CPF: **057.979.713-99**
RG: **20072902420** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **EDISANGELA SALES DE ARAUJO GOMES**
CLAUDENIZIO TAVARES GOMES
Endereço: **SITIO PEDRA BRANCA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **NOVA OLINDA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99781-4067**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCL0849** Uf: **CE** Município: **CRATO** Chassi:
9C2JC4820CR008830 Renavam: **390680206** Tipo do Veículo:
MOTONETA Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125 ES** Ano Fabricação: **2011**
Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **ROSA**
Proprietário: **LARYSSA DE ARAUJO GOMES** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

ADVERTIDO(A) DAS PENALIDADES PREVISTAS PARA OS CRIMES DE FALSO TESTEMUNHO, DENÚNCIAÇÃO CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME/CONTRAVENÇÃO DISSE QUE: NA DATA ACIMA MENCIONADA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO: QUE VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS ACIMA MENCIONADAS PILOTADA POR JHONATAS OZIL ALVES DE ARAUJO, SEU ESPOSO, QUANDO PASSOU MAL DESMAIANDO CAINDO DO VEÍCULO AO SOLO: QUE FORA SOCORRIDA POR JHONATAS E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE PEQUENO PORTE ANA ALENCAR ALVES DE NOVA OLINDA, CRATO, SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SANTO ANTONIO EM BARBALHA-CE, SOFRENDO AS LESÕES DESCRITAS NO LAUDO MÉDICO, PRONTUÁRIO ANEXO: A VÍTIMA APRESENTOU DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DAS TESTEMUNHAS DO ACIDENTE (DOCUMENTOS ANEXOS): QUE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA ERA HABILITADO NA ÉPOCA DO ACIDENTE: QUE REGISTRA O PRESENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT: E NADA MAIS DISSE.

ADENDO

A VÍTIMA RETORNOU À DELEGACIA DIA 04.12.2017 PARA RETIFICAR O ANO DO ACIDENTE POSTO ERRONEAMENTE COMO SENDO 2017. QUE O ACIDENTE ACORREU NO DIA 08.09.2016; E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Boletim da ocorrência



CARTÓRIO 1º OFÍCIO
Nova Olinda - CE

A presente cópia conferi
com original

Verdade

12.12.17

Jose Avelino Feijosa de Sousa - Juiz
Anna Howellyns Teles Feijosa - Substituto

Pág. 1 de 2

Impressão em 04/12/2017 09:10:35

SEGURADORA LIDER DPVAT 5 21/12/2017 16:47 - 000000330797



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 8748 / 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

ANA LUIZA COELHO - MAT.: 300214-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Nanyssa de Araújo Gomes*

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

FLAVIO SANTOS DA SILVA - MAT.: 013324-1-4

	A presente cópia confere com original. <i>[Assinatura]</i>	
	em 12/01/2017	da 12/01/2017
	Nº 446-8748-12-0017	
	☐ José Acácio Frazão de Sousa - 1042 ☐ Anna Hellenyne Sales Falcão - 00102	



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 440 - 8748 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/11/2017 09:21:43**
Data / Hora da Ocorrência: **08/09/2016 08:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA NOVA OLINDA - SANTANA DO CARIRI**
Complemento:
Bairro: Município: **NOVA OLINDA/CE**
Ponto de Referência: **BAIXIO DO GEREMIAS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LARYSSA DE ARAUJO GOMES**
Nascimento: **03/04/1995** CPF: **057.979.713-99**
RG: **20072907420** Órgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **EDISANGELA SALES DE ARAUJO GOMES**
CLAUDENIZIO TAVARES GOMES
Endereço: **SITIO PEDRA BRANCA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **NOVA OLINDA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99781-4067**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCL0849** UF: **CE** Município: **CRATO** Chassi:
9C2JC4820CR008830 Renavam: **390680206** Tipo do Veículo:
MOTONETA Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125 ES** Ano Fabricação: **2011**
Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **ROSA**
Proprietário: **LARYSSA DE ARAUJO GOMES** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

ADVERTIDO(A) DAS PENALIDADES PREVISTAS PARA OS CRIMES DE FALSO TESTEMUNHO, DENÚNCIAÇÃO CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME/CONTRAVENÇÃO DISSE QUE: NA DATA ACIMA MENCIONADA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO; QUE VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS ACIMA MENCIONADAS PILOTADA POR JHONATAS OZIL ALVES DE ARAUJO, SEU ESPOSO, QUANDO PASSOU MAL DESMAIANDO CAINDO DO VEÍCULO AO SOLO; QUE FORA SOCORRIDA POR JHONATAS E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE PEQUENO PORTE ANA ALENCAR ALVES DE NOVA OLINDA, CRATO, SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SANTO ANTONIO EM BARBALHA-CE, SOFRENDO AS LESÕES DESCRITAS NO LAUDO MÉDICO, PRONTUÁRIO ANEXO; A VÍTIMA APRESENTOU DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DAS TESTEMUNHAS DO ACIDENTE (DOCUMENTOS ANEXOS); QUE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA ERA HABILITADO NA ÉPOCA DO ACIDENTE; QUE REGISTRA O PRESENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT; E NADA MAIS DISSE.

ADENDO

A VÍTIMA RETORNOU À DELEGACIA DIA 04.12.2017 PARA RETIFICAR O ANO DO ACIDENTE POSTO ERRONEAMENTE COMO SENDO 2017, QUE O ACIDENTE ACONTECEU NO DIA 08.09.2016; E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



ARTÓRIO 1º OFÍCIO
Nova Olinda - CE

A presente cópia confere

com o original

em 11/12/2017

12/12/17

Jose Avelino Fátima de Sousa

Ana Helena Teles Fátima - Susana

Pág. 1 de 2

em 04/12/2017 09:17:11

SECRETARIA LIDER DEPUT 5 21/12/2017 16:49 - 00000330805



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



BOLETEM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 8715 / 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANA LUIZA COELHO - MAT.: 300214-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Nanyssa de Araújo Gomes*

VISTO DO DELEGADO(A) :

FLÁVIO SANTOS DA SILVA - MAT.: 013324-1-4

	A presente cópia confere com original. <i>[Assinatura]</i>	
	Data: 31/12/2017	
☐	José Acleto F. Costa de Sousa - Auxiliar	
☐	Anna Hewellyne Teles Feitosa - Escritora	

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Loaryssa de Araújo Gomes, portador da carteira de identidade nº 20012902420 e inscrito no CPF/MF sob o nº 057.979.713-99, residente e domiciliado na Sítio Pedra Branca nº 480, Cidade Nova Olinda, Estado Ceará, 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
- (X) 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.

Loaryssa de Araújo Gomes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Nova Olinda-CE, 13 DE DEZEMBRO DE 2017

Local e data

Declaração de Inexistência de IML



SEGURADORA LÍDER DPVAT 5 21/12/2017 16:47 - 000000330298



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - NOVA OLÍNDIA

ATP

1. Preencher esta ficha em 03 (três) vias.
2. Ao terminar a ficha ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Glasgow 512

Unidade de Origem: UAP Ana Alencar Alves

Distrito Sanitário: 205 CRES

Município: Nova Olinda

CAMPO 1

Nome: Luizete da Anália Gomes Prontuário N° _____
Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento 03/04/1985 Ocupação: _____
Endereço: Sítio Pedra Branca Bairro: Nova Olinda Tel.: _____

CAMPO 2

Motivo do Encaminhamento: queda de moto - ferimento no
cara e cabeça - sangramento
Resultado de Exames: HEMORRAGIA pelo arnito D.
Exame
GLASGOW = 12 PA 14 X 4
Consulta já Realizada: Fato novo e exames não HGT = 135
Impressão Diagnóstica: TCE
Assinatura do Encaminhante - N° Registro _____ Função _____ Data 08/08/2016 Hora _____

CAMPO 3

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: _____ Profissional: _____
Unidade de Referência: Hosp Reprova Data 08/08/2016 Hora _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

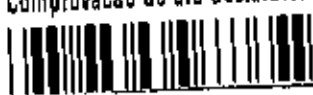
CAMPO 4

Unidade de Referência: _____ Data: 1/1 Hora: _____
Município: _____ Prontuário N° _____ Alta 1/1

CAMPO 5

Resumo Clínico/Cirúrgico _____
Resultado de Exames _____
Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
Secundário 1 _____ CID: _____
Secundário 2 _____ CID: _____
Condução de alto declaratório _____
Condução realizada: _____
Proposta de Conduta para Seguimento: _____
O problema justifica a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐
Consultante - N° Registro _____ Função _____ Data _____

Comprovação de ato declaratório



RECEBUEMOS A FICHA DE REFERÊNCIA EM 08/08/2016 ÀS 14:49 - 0100103306046

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LARYSSA DE ARAUJO GOMES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05452-6

CONTA: 000000002392-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2501201805000000000023705452000000002392135000 PAGO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Leanyssa de Araújo Gomes

RG nº 20072902420, data de expedição 22/05/2013 Órgão SSP-CE

CPF nº 057.979.713-99, 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>Sítio Pedra Branca</u>
Número	<u>480</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>P. Branca</u>
Cidade	<u>Nova Olinda</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63165-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3572-8563 / (88) 3572-8571</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Comprovante de residência



Local e Data: Nova Olinda-CE, 15 DE DEZEMBRO DE 2017

Assinatura do Declarante: Leanyssa de Araújo Gomes

[illegible]



FICHA DE REFERÊNCIA

Glasgow 512

Unidade de Origem: HTP Ana Aleman Alves

Distrito Sanitário: Q05 CRES

Município: Nova Olinda

Nome: Louiza R Araújo Gomes Prontuário N° _____

Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento 03/04/1985 Ocupação: _____

Endereço: Sítio Pedra Branca Bairro: Nova Olinda Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: Queda de moto - Ferimento no
corno esquerdo - Sangramento

Resultado de Exames: HOMORRAGIA pelo corno D.
Bacilose
GLASGOW = 12 PA 14 X 4

Consulta já Realizada: Sim Exame e dexametasona HGT = 135

Impressão Diagnóstica: TCE

Assinatura do Encaminhante - N° Registro _____ Função Médica Data 08/09/2016 Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: Hosp Regional Data 08/09/2016 Hora _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____ Data: 1/1 Hora: _____

Município: _____ Prontuário N° _____ Alta 1/1

Resumo Clínico/Cirúrgico _____

Resultado de Exames _____

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
Secundário 1 _____ CID: _____
Secundário 2 _____ CID: _____

Documentação médica - hospitalar

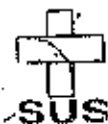


Conduta realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justifica a referência? Sim ☒ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☒

Consultante - N° Registro _____ Função _____ Data _____



FICHA DE REFERÊNCIA

Glasgow #12

Unidade de Origem: APP Ana Akenon Alves

Distrito Sanitário: 203º CRES

Município: Nova Olinda

CAMPO 1

Nome: Laísza R. Araújo Gomes Prontuário N° _____

Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento 03/04/1985 Ocupação: _____

Endereço: Sítio Pedra Branca Bairro: Nova Olinda UF: CE

CAMPO 2

Motivo do Encaminhamento: Queda de moto - ferimento no
corpo acidentado - sangramento

Resultado de Exames: HOMORRAGIA pelo membro D.

Fisiológica

GLASGOW = 12 PA = 14 x 8

Consulta já Realizada.

Fito químico e exames de sangue

HGT = 135

Impressão Diagnóstica: TCE

Médica 08/09/2016

Assinatura do Encaminhante - N° Registro _____

Função _____

Data _____

Hora _____

AGENDAMENTO

CAMPO 3

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: Hosp Refraco Data 08/09/2016 Hora _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

CAMPO 4

Unidade de Referência: _____ Data: 1/1 Hora: _____

Município: _____ Prontuário N° _____ Alta 1/1

CAMPO 5

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____

Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

CID: _____

CID: _____

CID: _____

Conduta realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justifica a referência? Sim ☒ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☒

Consultante - N° Registro _____

Função _____

Data _____



J3b AD: 7CE.

~~SECRET//NOFORN~~ REF ID: A66907
~~SECRET//NOFORN~~ DATE: 5-21-12-2017 12:47:05
~~SECRET//NOFORN~~ BY: 6580000336735

5-11-11



Clinical

10

EVOLUÇÃO MÉDICA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
Paciente segue consciente, orientada em tempo e espaço, calmaria colaborativa e decodificando normalmente. Apresenta diúrese, evacuações e apetite preservados. Paciente nega: vômitos, convulsões, febre e alterações de percepibilidade e força. Paciente relata cefaleia na região occipital de caráter pulsátil que se intensifica ao se levantar, classificada em CEFALIA Como de média intensidade. Relata também hipacusia bilateral e vertigem ao se levantar e náuseas e dor na região cervical. Exame Físico: Estorcopia: EGB, AAA, normohidratada, normocorada e bem edemato. Neuro: ECG: IS AO:4 RU:5 RM:6 Pupilas isocóricas e fotopláxites. Matidade ocular extensora preservada. Sensibilidade tátil de membros superiores e inferiores preservada. Força de membros superiores e inferiores preservada. Sem sinais de irritação meníngea (Babinski e Kernig).		
SEGREDO DE JORNAL 5/21/12/2017 16:47 - 000008330300	Phabio Wilson F. de Souza (ACADEMIA DO DE MEDICINA)	

SEG/PROCESA 11 VER DPUAT 5 21/12/2017 16:47 - 000003303030

Phonetic transcription F. de Saussure
- (ACADEMIE CO. DE MONTREAL)

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

DATA/HORA: 10/09/2016 16:32 ATENDIMENTO.: 359522
PACIENTE: 127682 LARYSSA DE ARAUJO GOMES
UNIDADE.: POSTO II -RMSA LEITO.:202-01 CONVÊNIO : SUS INTERNADOS

EVOLUÇÃO:

HD: TCE

HQA: Paciente segue estável, no 4º dia de internação hospitalar, calma, consciente e orientada. Refere cefaleia em região occipital de moderada intensidade, dor em região cervical, náusea pela manhã, dor em tornozelo direito e sangramento genital de pequena intensidade (Faz uso de Anticoncepcional Injetável). Nega vômitos e vertigem. Alimentação por via oral com boa aceitação. Diurese e evacuações presentes. Segue sob cuidados.

Exame Físico:

Ectoscopia: EGB, hidratada, normocorada, acianótica, anictérica, afebril

ACV: RCR em 2T, BNF sem sopros.

AR: MV presente em AHT sem RA

SN: Glasgow 15 (AO:4; RV:5; RM: 6)

Pupilas isocóricas e fotorreagentes

Sensibilidade, tônus e força muscular sem alterações

Sem sinais de irritação meníngea

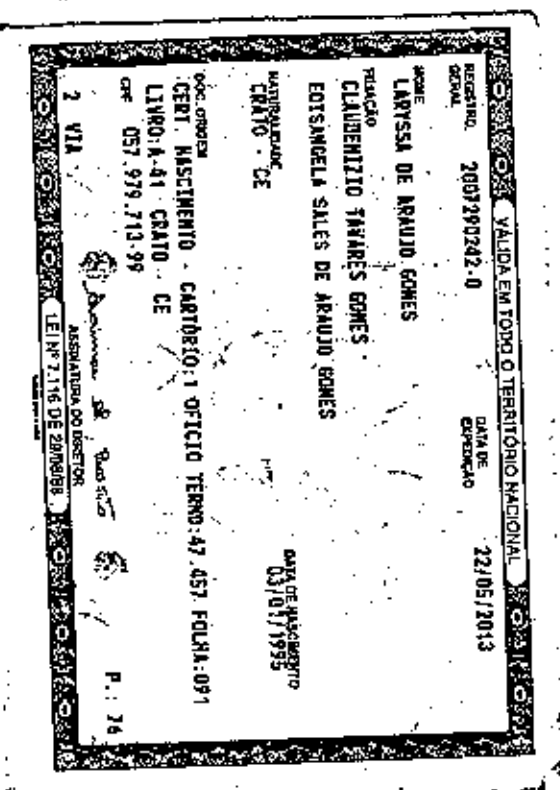
Acadêmica: Bruna Furtado

TIAGO FREITAS LINS PIMENTEL
CRM: 009226-CE

TIAGO FREITAS LINS PIMENTEL
CRM: 009226-CE
Medicina

SEGURADORA LIBER DEPART 5 21/12/2017 16:47 - 000003308003

Documentos de Identificacao



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE N° 012219979921

31896186818

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

CRDD

012219979921

VA

COD. RENAVAM

ENTR

01

390680206

0000000000

NOME/ENDEREÇO

MARCELO DE ARAUJO GOMES
RUA PADRE VERDEIXAS 00816
VILA ALTA
63100000 - CRATO/CE

CERTIF

PLACA

05797971399

OCL0849

NOME/ANTES-NOME

MARCELO FERREIRA MACEDO ME

PLACA ANTAF

CHASSI

*****/CE

9G2JC4820CR008830

ESPEC. TIPO

COMBUSTÍVEL

PAS/MOTONETA/NAO APLIC

GASOL/ALCO

MARCA/MODELO

ANO FAB. ANO MOD.

HONDA/BIZ 125 ES

2011 2012

CAP/POT/CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2P/CCV/124CC

PARTIC

ROSA

OBSERVAÇÕES

MOTOR: JC48E2C008830

LOCAL

DATA

CRATO

Assinatura

Assinatura

17/12/2015

DUT



SEGRETORIA LIDER DPRT 5 21/12/2017 16:48 - 00000330801

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

**AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO PARA:**

VALOR R\$ _____

NOME DO COMPRADOR: _____

RG: _____

CPF/CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL E DATA: _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
- b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 234 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: _____

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 012219979921

31896486919

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

CRDD

012219979921

01

390680206

0080000000

MARCELO DE ARAUJO GOMES
RUA PADRE VERDEIXAS, 80816
- VILA ALTA
63100000 - CRATO/CE

05797971399

OCL0849

MARCELO FERREIRA MACEDO ME

*****/CE

9C2JC4820CR088830

PAS/MOTONETA/NAO APLIC.*

GASOL/ALCO

HONDA/BIE 125 ES

2011 2012

2P/0CV/124CC

PARTIC

ROSA

MOTOR: JC48E2C008830

CRATO

17/12/2015

SERIALIZADA LIDER DEPUT 5 21/12/2017 16:48 - 000000330802

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ _____

NOME DO COMPRADOR: _____

RG: _____ CPF/CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL E DATA: _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas a suas reincidências até a data de comunicação (Lei Federal nº 6.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
- b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: _____

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.O.

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180012860 **Cidade:** Nova Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LARYSSA DE ARAUJO GOMES **Data do acidente:** 08/09/2016 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO- GLASGOW 12

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAMENTO E REPOUSO. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA. EVOLUIU COM CEFALÉIA PÓS-TRAUMÁTICA E ANOSMIA

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/01/2018

Conduta mantida:

Observações: *NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR

Médico examinador: RENAN DE ALMEIDA SILVA

CRM do médico: 12076

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002096/18
Vítima: LARYSSA DE ARAUJO GOMES
CPF: 057.979.713-99

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 08/09/2016
Titular do CPF: LARYSSA DE ARAUJO GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LARYSSA DE ARAUJO GOMES : 057.979.713-99

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: 21/12/2017
Nome: LARYSSA DE ARAUJO GOMES
CPF/CNPJ: 057.979.713-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

LARYSSA DE ARAUJO GOMES

JULIANA MARQUES RODRIGUES

Outros



Loayza de Araujo

Gomes

Loaysa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002096/18
Vítima: LARYSSA DE ARAUJO GOMES
CPF: 057.979.713-99

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 08/09/2016
Titular do CPF: LARYSSA DE ARAUJO GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LARYSSA DE ARAUJO GOMES : 057.979.713-99

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: 21/12/2017
Nome: LARYSSA DE ARAUJO GOMES
CPF/CNPJ: 057.979.713-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

LARYSSA DE ARAUJO GOMES

JULIANA MARQUES RODRIGUES

Outros



Loayza de Araujo

Gomes

Loayza

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180012860 **Cidade:** Nova Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LARYSSA DE ARAUJO GOMES **Data do acidente:** 08/09/2016 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à exame médico para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180012860 **Cidade:** Nova Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LARYSSA DE ARAUJO GOMES **Data do acidente:** 08/09/2016 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à exame médico para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180012860 **Cidade:** Nova Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LARYSSA DE ARAUJO GOMES **Data do acidente:** 08/09/2016 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO- GLASGOW 12

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAMENTO E REPOUSO. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA. EVOLUIU COM CEFALÉIA PÓS-TRAUMÁTICA E ANOSMIA

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/01/2018

Conduta mantida:

Observações: *NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR

Médico examinador: RENAN DE ALMEIDA SILVA

CRM do médico: 12076

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes