

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647742

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA CLARA FELIPE SOARES

Data do acidente: 24/03/2018

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Laceração em face interna distal da perna esquerda associado a fratura do calcâneo, contusão torácica e contusão abdominal.

Descrição do exame físico: Ao exame físico estrutura abdominal apresenta ausência de herniação, ausência de dor à palpação de região abdominal. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal. Ao exame físico da estrutura torácica apresenta boa expansão da caixa torácica, com ausculta pulmonar e murmúrios vesiculares uniformemente distribuídos, sem déficit de movimentos respiratórios. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal. Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 10°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões laceração em face interna distal da perna esquerda associado a fratura do calcâneo, contusão torácica e contusão abdominal, conforme documentos de pronto atendimento de 24/03/2018. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico e medicamentoso. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão no tornozelo esquerdo apresentou alteração do mecanismo tibiotalar com redução da força e mobilidade. Com relação às demais lesões, apresentou melhora resolutive, não restando sequelas. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no tornozelo esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em tornozelo esquerdo, em grau intenso, com redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida:

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647742 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA CLARA FELIPE SOARES **Data do acidente:** 24/03/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA FECHADO EM HEMITÓRAX ESQUERDO. P1
FRATURA DE CALCÂNEO SEM DEFINIÇÃO DE LATERALIDADE. P2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190647742

Vítima: MARIA CLARA FELIPE SOARES

Data do Acidente: 24/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA CLARA FELIPE SOARES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190647742

Vítima: MARIA CLARA FELIPE SOARES

Data do Acidente: 24/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA CLARA FELIPE SOARES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190647742

Vítima: MARIA CLARA FELIPE SOARES

Data do Acidente: 24/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA CLARA FELIPE SOARES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau intenso 75%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%	
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$ 2.531,25

Recebedor: **MARIA CLARA FELIPE SOARES**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **655**

Agência: **000000655**

Conta: **000003712797-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	075.136.943-89	maria clara felipe soares	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
maria clara Felipe Soares		075.136.943-89	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
autônomo	rua: Dom Joaquim Frutu	1900	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
jose de alencar	fortaleza	ce	60.830.132
E-mail:		Tel.(DDD):	
		85.98617-4813	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALAR UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Unibanco

AGÊNCIA: 0655 CONTA: 3712797 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções**:

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: fortaleza - ce - 19/11/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Maria Clara Felipe Soares

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019675573



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3232 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **24/09/2019 13:26:22**
Data / Hora da Ocorrência: **24/03/2018 23:45:00**
Endereço da Ocorrência: **R SANDRA GENTIL, SAPIRANGA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA CLARA FELIPE SOARES**
Nascimento: **08/12/1995** CPF:
RG: **20076077394** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DA CONCEIÇÃO FELIPE SOARES**
Endereço: **RUA DOUTOR JOAQUIM FROTA, 1400 E**
Bairro: **SAPIRANGA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98960-3720**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PMI6627 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi:
9C2KC1680FR569205 Renavam: 1040842418 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI Ano
Fabricação: 2015 Ano Modelo: 2015 Combustível: GASOLINA/ALCOOL
Cor: PRETA Proprietário: DIEGO LOPES DE OLIVEIRA Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA NA GARUPA DE UMA MOTO DE PLACA PMI-6627 QUE ERA PILOTADA POR DIEGO LOPES DE OLIVEIRA CNH NUMERO 05997356886, TRAFEGAVAM NA RUA SANDRA GENTIL QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS REALIZOU A MANOBRA DE MARCHA À RÉ PARA FUGIR DE UMA TENTATIVA DE ASSALTO, VINDO A COLIDIR COM A MOTO QUE ESTAVA LOGO ATRÁS DO CARRO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA O INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 075.136.943-89 Nome completo da vítima: Maria Clara Felipe Soares

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Maria Clara Felipe Soares CPF: 075.136.943-89

Profissão: autônomo Endereço: rua: Dom Joaquim Frutu Número: 1900 Complemento: _____

Bairro: jose de alencar Cidade: Fortaleza Estado: CE CEP: 60.830.132

E-mail: _____ Tel.(DDD): 85 98617-4813

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:

- ☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Unibanco

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0655 CONTA: 3712797 7

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **assinale uma das opções**:

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: Fortaleza - CE - 19/11/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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: 13/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA CLARA FELIPE SOARES

BANCO: 655

AGÊNCIA: 00655

CONTA: 000003712797-7

Nr. da Autenticação CAE52B939C7EF472

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 25/03/2018 00:55:14	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 707603221308090	NOME: MARIA CLARA FELIPE SOARES			Registro: 5555763	
CPF: 07513694389	RG:	D. NASC: 08/12/1995	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA DA CONCEICAO FELIPE SOARES			NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO		
TIPO DE LOGRADOURO: Travessa	ENDEREÇO DO PACIENTE: FABIOLA		Nº: 31	BAIRRO: SAPIRANGA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 989603720	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60833642	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: VANDERSON// MEIOS PROPRIOS		PARENTESCO: ESPOSO		TELEFONE: 989603720	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta					
QUEIXAS: PACIENTE, 22 ANOS, COM HISTÓRIA DE TRAUMA FECHADO REGIAO DE HEMI-TORAX ESQUERDO HÁ 30 MINUTOS + LACERAÇÃO FACE INTERNA PERNA ESQUERDA					
OBSERVAÇÕES: TRAUMA TORACO ABDOMINAL DOR PLEURÍTICA					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Residência	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

9807522

Para agilizar seu atendimento, utilize o número
sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei Nº 10.438
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

DEBÍTO EM ATRASO DO ATÍVICO
enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

578541172

Rota 10 01260 11 363000 - 1

Data de Emissão

15/06/2019

Nome MARIA CLARA FELIPE SOARES

End. Postal RU DOR JOAQUIM FROTA 01400 CS

JOSE DE ALENCAR - FORTALEZA - 3030132

Medidor 050126

Poste 2718 R02E

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MON FASICO

RG / CPF / CNPJ 075136943-89

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Jun/2019

Data de Apresentação 15/06/2019

Previsão Proxima Leitura 13/07/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto

Mês

0,00

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 56,99

Alíquota 27,00%

Valor do Imposto 15,39

Padrão Individual

Apuração Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 3,1 6,22 12,45 0,00 0,00 0,00

FIC 2,6 0,00

DMIC 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ED08.1447.5554.72E3.1442.899F.0559.855F

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual 3019

Leit. Anterior 2545

Const. 1,00

Consumo (kWh) 474

Cons. Ind. 0,00

Cons. Fat. 74

Tarifa (R\$/kWh) 0,77

Valor (R\$) 56,99

15/06/19

15/05/19

30 0143

74

56,99

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS
MULTA MORATORIA REF 03/2019
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

VALOR (R\$)

56,99

1,15

4,49

VENCIMENTO

25/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

62,63

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 21,30
TRANSMISSÃO 1,74
DISTRIBUIÇÃO 1,74
ENCARGOS REGULATÓRIOS 1,74
Tributos (ICMS PIS COFINS) 1,74
TOTAL 28,89

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

ME	Jun	Jul	Ag	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Consumo (kWh)	0	74	86	84	81	91	84	80	112	0	0	0	0

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg CO₂ 28,89

Compensado kg CO₂ 0,00

Consciência Ecológica (% CO₂)

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DEBITO VENCIDO:

As contas de energia elétrica vencidas sem pagamento estão a esta
data em atraso e deverão ser pagas até o dia 25/07/2019 para não
serem cobradas com multa e juros.

DEBITOS ANTERIORES

Valor R\$	Valor R\$
10/2019	43,31
03/2019	26,08
06/2019	62,53
04/2019	73,82

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 25/03/2018 00:55:14	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 707603221308090	NOME: MARIA CLARA FELIPE SOARES			Registro: 5555763	
CPF: 07513694389	RG:	D. NASC: 08/12/1995	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA DA CONCEICAO FELIPE SOARES			NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO		
TIPO DE LOGRADOURO: Travessa	ENDEREÇO DO PACIENTE: FABIOLA		Nº: 31	BAIRRO: SAPIRANGA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 989603720	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60833642	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: VANDERSON// MEIOS PROPRIOS		PARENTESCO: ESPOSO		TELEFONE: 989603720	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta					
QUEIXAS: PACIENTE, 22 ANOS, COM HISTÓRIA DE TRAUMA FECHADO REGIAO DE HEMI-TORAX ESQUERDO HÁ 30 MINUTOS + LACERAÇÃO FACE INTERNA PERNA ESQUERDA					
OBSERVAÇÕES: TRAUMA TORACO ABDOMINAL DOR PLEURÍTICA					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Residência	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: MARIA CLARA FELIPE SOARES

SEXO:

DATA DE INTERNACAO: 25/03/2018

DATA DA ALTA: 06/04/2018

PPRCNE: 5555763

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

IDADE:

DIAGNOSTICOS: Fratura do calcâneo (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Dr. Angelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 6256

Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____
para Dr. Luis Helton

Dispensa do trabalho por :

30 (Trinta) dias

Sequencial: 18831

LAUDO

Sistema Centro de Endoscopia

Número	Data Entrada	Data Saída	Paciente	Idade
	19/04/2018		MARIA CLARA FELIPE SOARES	22
Mãe:	MÁRIA DA CONCEIÇÃO FELIPE SOARES			
Prontuário	Cartão Nacional	Origem		
720117	898 0046 6507 7209	EMERGÊNCIA		
Médico Residente				CRM
PRISCILLA LUNA DA SILVA				13698

ESÔFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

INDICAÇÃO: Vômitos + hematemese a/e

PREPARO: anestesia orofaríngea com lidocaína spray; sedoanalgesia endovenosa com midazolam 5mg + fentanil 50mcg.

INTRODUÇÃO do aparelho sob visão direta pelo cricofaríngeo, sem obstáculos.

ESÔFAGO: calibre e distensibilidade preservados. Ausência de varizes. Nota-se, ao nível da transição esofago-gástrica, 02 lacerações superficiais em mucosa com discreto sangramento ativo, sugestivas de lesões por Mallory-Weiss após esforço de eructação. A transição esôfago-gástrica (TEG) situa-se ao nível do pinçamento diafragmático. Passagem fácil pelo cárdia.

TERAPÊUTICA: Realizada hemostasia com injeção de adrenalina 1:10000 nas áreas de laceração e sangramento ativo perfazendo um volume total de 10 mL.

ESTÔMAGO: anatomia preservada, boa distensibilidade. Lago mucoso claro, em volume habitual. À retrovisão, hiato justo ao aparelho, com cárdia e fundo exibindo intenso enantema focal com friabilidade (esforço de vômito). Região do corpo com pregueado mucoso normotrófico, sem erosões, úlceras ou pólipos. Incisura angularis sem lesões. Antro com mucosa íntegra. Píloro pérvio, sem deformidades.

DUODENO: bulbo distensível, sem retrações ou abaulamentos e com mucosa íntegra. Segunda porção duodenal sem alterações, examinada até o alcance do aparelho.

CONCLUSÃO:

- 1) LACERAÇÕES ESOFÁGICAS DE MALLORY-WEISS (HEMOSTASIA)
- 2) ENANTEMA FOCAL SUBCARDICO (ESFORÇO DE VÔMITO)

Dra. Priscilla Luna da Silva
CRM 13698

Residente

HGF/NAC-Rev. 1.0
Data: 20/04/2018
Sudiana Mates
Funcionário NAC

Francisco Antônio Araújo Oliveira

Médico - CRM: 7368 FRANCISCO ANTÔNIO ARAÚJO OLIVEIRA

Francisco Oliveira
GastroEndoscopia
CRM 7368/RQE 4557



Nome: MARIA CLARA FELIPE SOARES

Data: 19/04/2018

ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL

Fígado de dimensões e contornos conservados, com ecogenicidade parenquimatosa preservada, sem evidências de lesões focais.

Vesícula biliar repleta, com paredes finas e lisas, conteúdo biliar espesso, sem sinais de litíase.

Vias biliares intra e extra-hepáticas de calibre normal. Colédoco com calibre de 3 mm.

Baço com dimensões normais para a faixa etária, superfície lisa, textura homogênea.

Pâncreas com dimensões e ecotextura normais.

Rins tópicos, com dimensões, contornos e ecogenicidade parenquimatosa normais. Relação parênquima-seio renal e sistema pielocalicinal preservada. Ausência de cálculos, nódulos sólidos ou císticos.

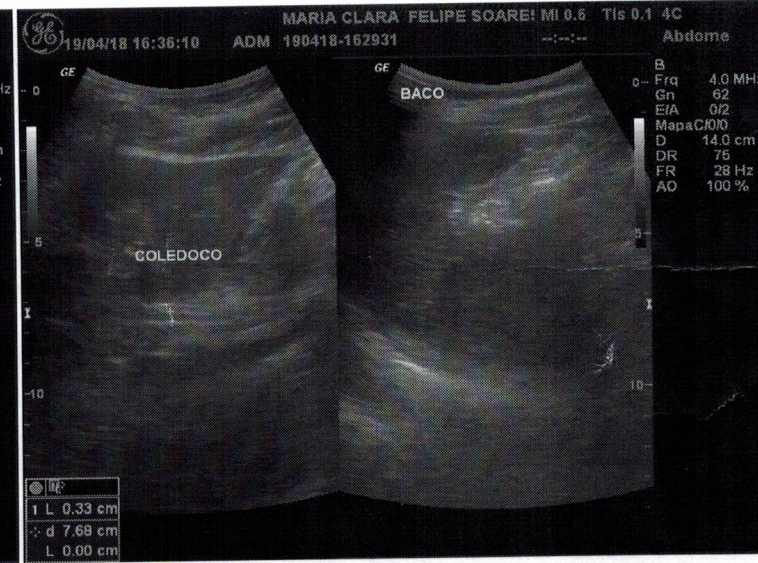
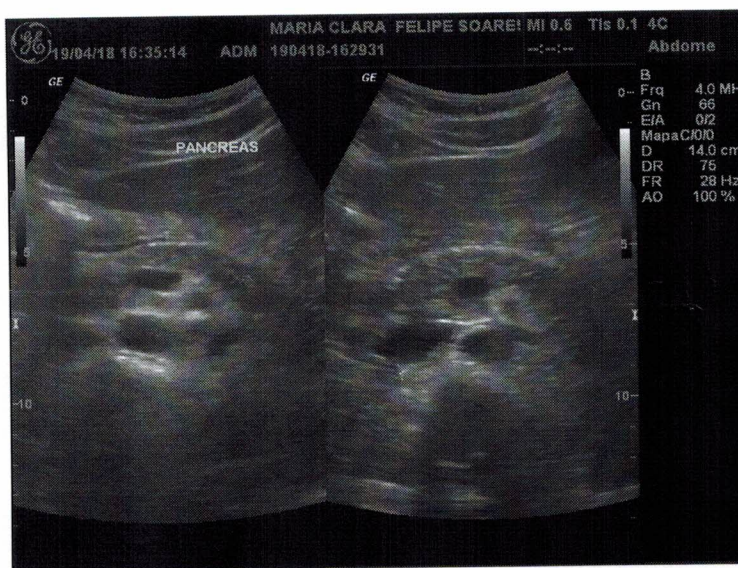
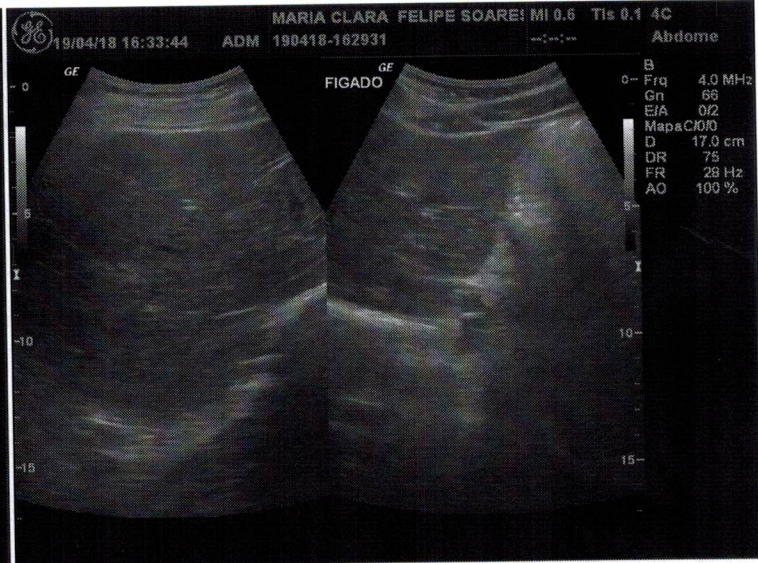
Ausência de líquido livre ou coleções na cavidade peritoneal.

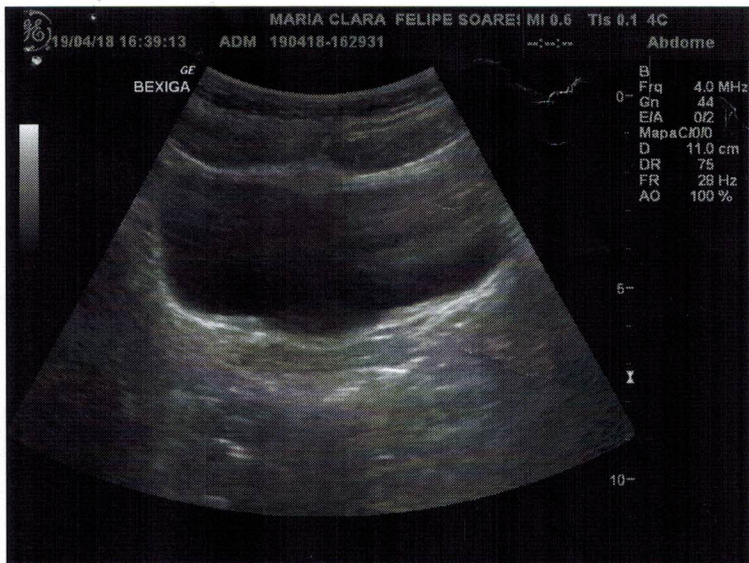
Bexiga parcialmente repleta, de paredes finas e regulares, conteúdo anecóico homogêneo.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Lama biliar.
- Demais aspectos ecográficos normais.


Déborah Gomes Moura
Médica Radiologista
CREMEC 7571
RQE 3204





Resumo de alta

NOME: MARIA CLARA FELIPE SOARES

SEXO: F

DATA DE INTERNACAO: 25/ 03/2018

DATA DA ALTA: 06/04/2018

NUMERO PRONT: 5555763

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

IDADE: 22

DIAGNOSTICOS: Fratura do calcâneo (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

FEZ CIRURGIA OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Dr. Angelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 6256

Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____
para Dr. Lucas

06/04/18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO FÍSICA E FOTOGRAFIA

Polegar Direto

Maria Clara Felipe Soares

CARTERA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007607739 - 4 DATA DE EMISSÃO 19/07/2010

NOME MARIA CLARA FELIPE SOARES

SOLUÇÃO MARIA DA CONCEIÇÃO FELIPE SOARES

RESIDÊNCIA PARNAÍDA - PI DATA DE NASCIMENTO 08/12/1995

DOC. ORIGINAR CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 17760 FOLHA: 125 V LIVRO: A-025 PARNAÍDA - PI

CPF

1 VIA *Assinatura do Diretor* P.: 1

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.114 DE 29/06/83



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

075.136.943-89

Nome

MARIA CLARA FELIPE SOARES

Nascimento

08/12/1995

CÓDIGO DE CONTROLE

FB95.8D1E.569D.8736



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 13:06:19 do dia 27/11/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

**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.

Número do Sinistro: 3190638691

Nome do(a) Examinado(a): MARIA CLARA GONCALVES MENDES

Endereço do(a) Examinado(a): Povoado Cacimbão Santa Tereza, 0, , 62.685-000, Cacimbão, Paraipaba/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSPDS CE / 20171190011

Data e local do acidente: 03/08/2019 - Paraipaba/CE

Data e local do exame: 06/12/2019 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do terço médio distal do fêmur direito.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento medicamentoso, cirúrgico de osteossíntese e fisioterápico para a fratura do terço médio distal do fêmur direito. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no joelho direito, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do pericárdio.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do quadril direito apresenta flexão aos 90°, extensão aos 5°, abdução aos 30°, adução aos 5°, rotação medial aos 30°, rotação lateral aos 35°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, presença de alterações da musculatura do segmento. Ao exame físico do joelho direito apresenta flexão aos 70°, extensão aos 60°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

IV. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Perda funcional incompleta da mobilidade e força do membro inferior direito.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo 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 (*)

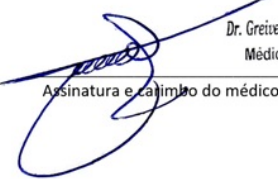
() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Membro Inferior Direito - Leve - 25%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Dr. Greive Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407567/19

Vítima: MARIA CLARA FELIPE SOARES

CPF: 075.136.943-89

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 24/03/2018

Titular do CPF: MARIA CLARA FELIPE SOARES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA CLARA FELIPE SOARES : 075.136.943-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/11/2019
Nome: MARIA CLARA FELIPE SOARES
CPF: 075.136.943-89

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

MARIA CLARA FELIPE SOARES

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647742

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA CLARA FELIPE SOARES

Data do acidente: 24/03/2018

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Laceração em face interna distal da perna esquerda associado a fratura do calcâneo, contusão torácica e contusão abdominal.

Descrição do exame físico: Ao exame físico estrutura abdominal apresenta ausência de herniação, ausência de dor à palpação de região abdominal. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal. Ao exame físico da estrutura torácica apresenta boa expansão da caixa torácica, com ausculta pulmonar e murmúrios vesiculares uniformemente distribuídos, sem déficit de movimentos respiratórios. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal. Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 10°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões laceração em face interna distal da perna esquerda associado a fratura do calcâneo, contusão torácica e contusão abdominal, conforme documentos de pronto atendimento de 24/03/2018. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico e medicamentoso. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão no tornozelo esquerdo apresentou alteração do mecanismo tibiotalar com redução da força e mobilidade. Com relação às demais lesões, apresentou melhora resolutive, não restando sequelas. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no tornozelo esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em tornozelo esquerdo, em grau intenso, com redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647742 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA CLARA FELIPE SOARES **Data do acidente:** 24/03/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA FECHADO EM HEMITÓRAX ESQUERDO. P1
FRATURA DE CALCÂNEO SEM DEFINIÇÃO DE LATERALIDADE. P2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407567/19

Vítima: MARIA CLARA FELIPE SOARES

CPF: 075.136.943-89

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 24/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA CLARA FELIPE SOARES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA CLARA FELIPE SOARES : 075.136.943-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/11/2019
Nome: MARIA CLARA FELIPE SOARES
CPF: 075.136.943-89

MARIA CLARA FELIPE SOARES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA