

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673296 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACIARA ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 04/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de arcos costais à esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame, vitima com expansibilidade torácica preservada, sem limitação.

Resultados terapêuticos: Suporte clínico, analgesia, fisioterapia. Alta há cerca de 4 meses.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 13/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Vitima com exame demonstrando alteração discal em coluna. Não há como determinar nexo, uma vez que não há comprovação de lesão em coluna decorrente do trauma.

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 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673296 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACIARA ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 04/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @PG 5 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCARRECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. 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 |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 % | Em grau residual - 10 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Total | | | 10 % | R\$ 1.350,00 |

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190673296

Vítima: JACIARA ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 04/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JACIARA ALVES DA SILVA

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190673296

Vítima: JACIARA ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 04/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JACIARA ALVES DA SILVA

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.

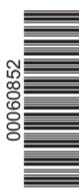
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190673296

Vítima: JACIARA ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 04/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JACIARA ALVES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

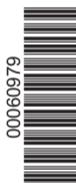
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
801-668-574-91 **Jaciana Alves da Silva**

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

| | | | |
|---|--|---------------------------|--|
| 5 - Nome completo: Jaciana Alves da Silva | 6 - CPF: 801-668-574-91 | | |
| 7 - Profissão: Moradora | 8 - Endereço: Rua Jacob Pinto de Freitas | 9 - Número: 169 | 10 - Complemento: 16 - Tel.(DDD): (81) 8468-2112 |
| 11 - Bairro: Praia de Rebouças | 12 - Cidade: ÍSAGUAçu | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 53623-222 |
| 15 - E-mail: | | | |

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: **2191** CONTA: **066 391** (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

03 DEZ 2019

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

PROTOCOLO

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Igarassu 30 de Novembro de 2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0123001279

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/07/2018** às **17:07**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **4/7/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE OLINDA, EM FRENTE A UPA DA PE 15 - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA CEDRO, 1, PE 15 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
GENIVAL SEVERINO DE LIMA (VÍTIMA)
JACIARA ALVES DA SILVA (VÍTIMA)

* Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
GENIVAL SEVERINO DE LIMA
OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JACIARA ALVES DA SILVA

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

GENIVAL SEVERINO DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO** Pai: **MANOEL SEVERINO DE LIMA** Data de Nascimento: **15/11/1950** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3629582/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **CARPINTEIRO(A)** Telefones Celulares:
- 987986117

Residencial: **BAIRRO E CRUZ DE REBOUÇAS, PRÓXIMO A JOSINA - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 169, RUA JACO PINTO DE FREITAS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A JOSINA**

JACIARA ALVES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **AVELINA GOMES DA SILVA** Pai: **JOÃO ALVES PEQUENO** Data de Nascimento: **16/8/1957** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2008944/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares:
- 984682112

Residencial: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUÇAS, PRÓXIMO A JOSINA - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 169, RUA JACO PINTO DE FREITAS - CEP: - Bairro: MONJOPE - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A JOSINA**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares: **- 989735731**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

COLISÃO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **GENIVAL SEVERINO DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GENIVAL SEVERINO DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ÁS 16:30 HORAS DE HOJE COMPARECERAM A ESTA DELEGACIA O SRS. GENIVAL SEVERINO DE LIMA E JACIARA ALVES DA SILVA AMBOS JÁ QUALIFICADOS. RELATA AS VITIMAS DE QUE NO DIA 04/07 DO CORRENTE /ANO, QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA CG 125 TITAN KS ANO 1999 MODELO 2000 DE COR VERDE DE PLACA KLG 9492 IGARASSU PE EM NOME DO SR. GENIVAL SEVERINO DE LIMA EM COMPANHIA DE SUA COMPANHEIRA JACIARA ALVES DA SILVA NA GARUPA, AO PASSAR EM FRENTE A UPA DA PE 15 FOI ABAROADO POR UM VEICULO DE PLACA KGI 7612 COR AZUL QUE AVANÇOU O SINAL, CAUSANDO ESCOCIAÇÕES NAS VITIMAS, O SR. GENIVAL FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES A SRA. JACIARA FOI ATENDIDA A UPA DA PE 15 E POSTERIAMENTE AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

GENIVAL SEVERINO DE LIMA
(VITIMA)

JACIARA ALVES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **PAULO ROBERTO DE MELO QUEIROZ** - Matrícula: **3809536**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
801-668-574-91 **Jaciana Alves da Silva**

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

| | | | |
|---|--|---------------------------|--|
| 5 - Nome completo: Jaciana Alves da Silva | 6 - CPF: 801-668-574-91 | | |
| 7 - Profissão: Moradora | 8 - Endereço: Rua Jacob Pinto de Freitas | 9 - Número: 169 | 10 - Complemento: 16 - Tel.(DDD): (81) 8468-2112 |
| 11 - Bairro: Praia de Rebouças | 12 - Cidade: ÍSAGUAçu | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 53623-222 |
| 15 - E-mail: | | | |

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: **2191**

CONTA: **066 391**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

03 DEZ 2019

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

PROTOCOLO

RECIBO

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Igarassu 30 de Novembro de 2019**
Jaciana Alves da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Atendimento: 1317394

Senha da Classificação:

0179

Data e Hora: 04/07/2018 11:50

Paciente: 478652 JACIARA ALVES DA SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 16/08/1957 Idade: 60 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: AVELINA GOMES DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: 8 TRAVESSA JACOB PINTO D --

169

Bairro: CRUZ DO REBOUCAS

Cidade/UF: IGARASSU PE

Cep: 53625219

Usuário Atendimento: DAYANNELS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal:

Febre e dor de dia
e febre de noite
falta de sono.

Exame Físico:

Exame feito na refil
pt com dor em ferida
de caxão postural

Hipótese Diagnóstico:

Sintoma de mal

Conduta Terapêutica:

HC 3

12:33

Prescrição Médica:

S. F. 04/07/2018
C. Francisco S. P. / 11
Joséfa Cremers - G.C.G.

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: _____

Senha: _____

Carimbo/Médico



JRA - LINDA

Classificação de Risco - Protocolo

Data retirada da senha: 04/07/2018 11:47

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente: JACIARA ALVES DA SILVA
Cód. Paciente: 479652
Data de Nascimento: 16/08/1957
Sexo: Feminino
Idade: 60
Senha: 0179
Convênio:
Atendimento:
SAME:

odo: 04/07/2018 11:49 - 04/07/2018 11:49
IELLY SANTOS RAMOS DE BARROS - COREN: 9449 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

idade: URGENCIA - AMARELO

AMARELO

ixa Principal: ORTOPEDIA SOLICITA AVALIAÇÃO DA CLINICA MEDICA

rograma sintoma: TRAUMA

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

riminador(es):

CLINICA GERAL

pecialidade:

Acolhido(a) por: DANIELLY SANTOS RAMOS DE BARROS - COREN: 9449 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/07/2018 11:49

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Atendimento: 1317366

Senha da Classificação:

0155

Data e Hora: 04/07/2018 11:06

Paciente: 479652 JACIARA ALVES DA SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 16/08/1957 Idade: 60 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: AVELINA GOMES DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: 8 TRAVESSA JACOB PINTO D --

169

Bairro: CRUZ DO REBOUCAS

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Cep: 53625219

Usuário Atendimento: ALESSANDRACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: 11:06

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: _____

Senha: _____

Carimbo/Médico

Francisco J. Suassuna Cavalcanti
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 4562

1317366

HORAS - OLINDA

data Classificação de Risco - Protocolo
hora retirada da senha: 04/07/2018 10:58

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente: JACIARA ALVES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 16/08/1957
Sexo: Feminino
Idade: 60
Senha: 0155
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 04/07/2018 11:01 - 04/07/2018 11:02

ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA - AMARELO
Cor: AMARELO
Queixa Principal: TRAZIDO PELOS BOMBEIROS
COM TRAUMA EM TORAX
RELATO D E COLISAO
Preservação: ALERGIA-
HAS-
DM-
Fuxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS
Discriminador(as): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS
Especialidade: CLINICA GERAL

Acolhido(a) por: ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/07/2018 11:02



GOVERNO MUNICIPAL DE IGARASSU

Secretaria de Saúde



Paciente:

Prontuário:

*Laudo
Jávila grande C.Espinalho.
dente do rosto, S.º, dente de molar
funcional frouxo, dente de molar
funcional com alguma dificuldade
de função e dente de molar
não é funcional frouxo
migração do dente de molar.
U.S.I.-3.*

Data: 24/09/19

Assinatura:

*Dr. Washington F.S. Neves
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 6106*



Av. Dr. Sé Pereira - Centro - Igarassu - PE. CEP. 53600-000 - CGC: 12 052.214.0001-00
Fone/Fax: 3543-0566 - E-mail: uhiigarassu@hotmail.com



CR

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 30/07/2018 7:00 Hr

Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Médico.....: 360 -FRANCISCO DE ASSIS BEZERRA FILHO

Agenda.....: 41978

Informações do Paciente

Paciente.....: 1639386

Same.....:

Nome.....: JACIARA ALVES DA SILVA

Sexo.....: FEMININO

Fone.....: Residencial: (81) - 985042062 / Celular: () -

Nasc.....: 16/08/1957

Endereço.....: RUA JACOB PINTO DE FREITAS, 169 - CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU - PE - Cep: :

Cidade.....: IGARASSU

Agendado por: RANIELLERASN

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 9647 17

Nome : Jaciara Alves da Silva

Foi atendido às 15:35h hs. do dia 04/07/18

Diagnóstico Próvel:

Fratura apcos costais os -
avordos pos acidente

Tratamento Realizado:

- AVITAGÃO OSSEOLIGAMENTO
- TOMOGRAFIA

Observação: Atta 09/07/18

REPOUSO FOC 07(5018) DIAS

Cópia de:

Roberio Enxhardt
CRM: 100000
Médico - CRM: 100000

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comunicação entre o paciente e o hospital.

Atendimento: 1317394

Data e Hora: 04/07/2018 11:50

Senha da Classificação:

0179

Paciente: 479652 JACIARA ALVES DA SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 16/08/1957 Idade: 60 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: AVELINA GOMES DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: 8 TRAVESSA JACOB PINTO D --

169

Bairro: CRUZ DO REBOUCAS

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Cep: 53625219

Usuário Atendimento: DAYANNELS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal:

Dores Revidit
e Ataço abdominal forte
e febre constante.

Exame Físico:

Exame gen ref
Abd com dor em farato
e dor postural

Hipótese Diagnóstico:

Sintoma d mico
calfrios

Conduta Terapêutica:

TCS

19:33

Prescrição Médica:

S. TCS 100 D 100
com amox 500 mg

Joséfa
CREMEPS
9-6600

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: _____

Senha: _____

Carimbo/Médico



1317394



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE - SES
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo : _____

CRM _____ UF : _____ Nº : _____

End. _____

Antônio Carlos Costa e Silva
Cirurgião-Dentista M.R.C.
CRM-PE-244

Cidade : _____ UF : _____

Telefone : _____

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente : Dr. Carvalho de Sá

Endereço : _____

Prescrição : Rx 1000 mg

1 Kloroetanol + gelolin (PAC) 100-200

1 cp VO qd 4/4h 30g

9.7.18

ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome : _____

Ident. : _____ Org. Emissor : _____

End. : _____

Cidade : _____ UF : _____

Telefone : _____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA : _____

Cod. 0339

ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO

CRM-PE

Antônio Carlos Costa e Silva
Cirurgião-Dentista M.R.C.

CRM-PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

EXAMES COMPLEMENTARES



Nome:

Daniela Alves O. S/I.V.

Idade:

Registro:

DB63186

Box/Leito/Enfermaria:

Clínica/Setor:

Exames Solicitados:

Dados Clínicos:

Data:

19/03/19

Hora:

Ass. Carimbo/Requisitante

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

COD. 0127



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Daniela Alves

Registro:

Clínica:

D.S.I.V.

Box/Leito/Enfermaria:

Aleitamento materno
 Anatomia da articulação
 cartilagem + cartilagem
 do joelho + lesão
 com deslizamento
 funcional +

C.D. 001715

Pronto, 19/03/19

 Francisco de Assis B. Filho
 Ortopedista / Traumatologista
 CRM: 3372

Data: / /

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Daniela Alves

Registro:

Clínica:

D.S.I.V.

Box/Leito/Enfermaria:

coado ext
 nova goma -/x-
 faceta longa de
 DD 03/116

 Francisco de Assis B. Filho
 Ortopedista / Traumatologista
 CRM: 9372

Data: / /

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SOLICITANTE

¹CNES: _____ ²Nome: _____

³Nome do profissional: _____ ⁴Telefone do prof.: _____

⁵Nome do ACS: _____ ⁶Telefone do ACS: _____

IDENTIFICAÇÃO DO(A) USUÁRIO(A)

⁷Cartão SUS: _____ ⁸Data de Nasc: _____ ⁹Sexo: () M () F

¹⁰Nome do usuário: _____ ¹¹Nº Prontuário: _____

¹²Nome Social: _____ ¹³Telefone: _____

¹⁴Nome da mãe: _____

¹⁵Endereço: _____

¹⁶Ponto de Referência: _____

¹⁷Hipótese diagnóstica: _____

¹⁸Descrição do caso/situação: _____

Procurar d' real

CG-CG

CG-CG

Brasil

¹⁹Procedimento necessário (Consulta/exame): _____

Exame de sangue

ATENÇÃO! PREENCHER EM FICHAS SEPARADAS SE FOR MAIS DE UM PROCEDIMENTO A SER AGENDADO.

AUTORIZAÇÃO/AGENDAMENTO

²⁰Nº da chave: _____ ²¹Data do agendamento: _____ ²²Hora do atendimento: _____

²³Unidade Executante: _____ ²⁴Nome do profissional: _____

²⁵Nome do procedimento: _____

²⁶Endereço: _____

²⁷Observações: _____



PSL



Nº 1176

PAC. Joiceana Alves da
COD. Silva

C.S 704.2017.6218.6182

| | |
|-------|------------|
| TÉN | Lomb. |
| vs. | II Postura |
| limpo | " |
| | |
| | |

TRATAMENTO

| DIA | HORÁRIO | N. SESSÕES |
|------|---------|------------|
| qui | 8:00 | 20 |
| OBS: | Lomb. | |

Costela

TERAPEUTA: Miranda Silv

SESSÕES:

| | | | | |
|----|----|----|----|----|
| 01 | 21 | 02 | 19 | 8 |
| 02 | 21 | 03 | 20 | 19 |
| 03 | 04 | 03 | 20 | 19 |
| 04 | 12 | 03 | 20 | 19 |
| 05 | 14 | 03 | 18 | 19 |
| 06 | 12 | 03 | 20 | 19 |
| 07 | 26 | 03 | 28 | 19 |
| 08 | 28 | 03 | 20 | 19 |
| 09 | 02 | 04 | 19 | 19 |
| 10 | 04 | 04 | 19 | 5 |
| 11 | 16 | 04 | 19 | P |
| 12 | 28 | 04 | 19 | P |
| 13 | 07 | 04 | 19 | P |
| 14 | 20 | 04 | 19 | P |
| 15 | 03 | 05 | 19 | P |
| 16 | 07 | 05 | 19 | P |
| 17 | 08 | 05 | 19 | B |
| 18 | 01 | 05 | 19 | B |
| 19 | 05 | 19 | 19 | P |
| 20 | 16 | 05 | 19 | P |
| 21 | 18 | 05 | 20 | 19 |



Diagnóstico por Imagem

Ressonância Magnética

Tomografia Computadorizada Multi-Slice

Ultrassonografia com Doppler Colorido

Densitometria Óssea

Radiologia Digital

Paciente _____ : 555639-Jaciara Alves Da Silva
Data _____ : 12/08/2019
Nº Laudo _____ : 12701001
Dat. Nasc. _____ : 16/08/1957

Exame: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA DORSAL

TÉCNICAS DE EXAME

Cortes tomográficos computadorizados obtidos em tomógrafo multidetector no plano axial, interessando segmento compreendido entre T1 a T12.

COMENTÁRIOS

Canal raqueano de configuração anatômica e dimensões normais no segmento avaliado. Corpos vertebrais de altura e alinhamento posterior preservados, com osteófitos marginais.

Não há lesões ósseas com características agressivas.

Redução dos espaços intervertebrais D2-D3 a D7-D8.

Não há evidência de herniação ou protrusão discal, seja difusa ou localizada, nos interespacos avaliados.

Foramens de conjugação livres e com amplitudes preservadas.

Tecidos moles para-vertebrais sem alterações.

Observação: Protrusões discais pôstero-medianas em C5-C6 e C6-C7, ambos comprimem a face ventral do saco tecal.

Rodrigo Moura de Paula

Dr Rodrigo de Paula CRM PE - 11074

Rua Guilherme Pedro, 112 | Graciosa | Recife/PE
CEP 52.011-210 | Fone: (81) 3445.1229

Serviço de Imagens Radiográficas do Recife
www.sirdiagnostic.com.br

SIR

• Tomografia multislice • Ressonância magnética • Ultrassonografia • Biópsias • Densitometria Óssea • Raio-X

JACIARA ALVES DA SILVA
União - Recife
555429
32 Aug. 2015
42Y

PHILIPS



JACIARA ALVES DA SILVA

Lumbaros - Sacra

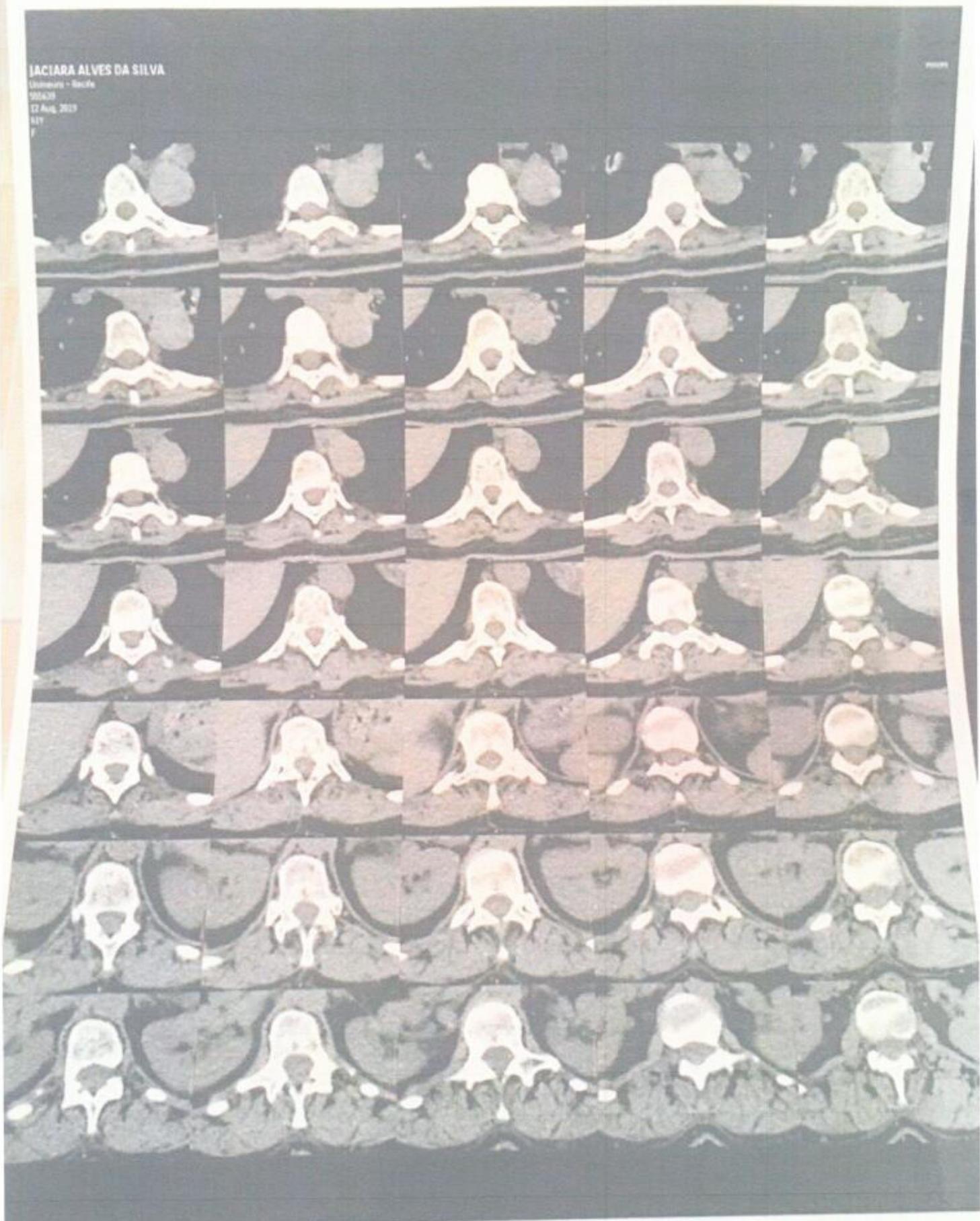
556519

12 Aug. 2019

63Y

P





SIR

Tomografia multislice • Ressonância magnética • Ultrassonografia • Biópsias • Densitometria Óssea • Raio-X

JACIARA ALVES DA SILVA

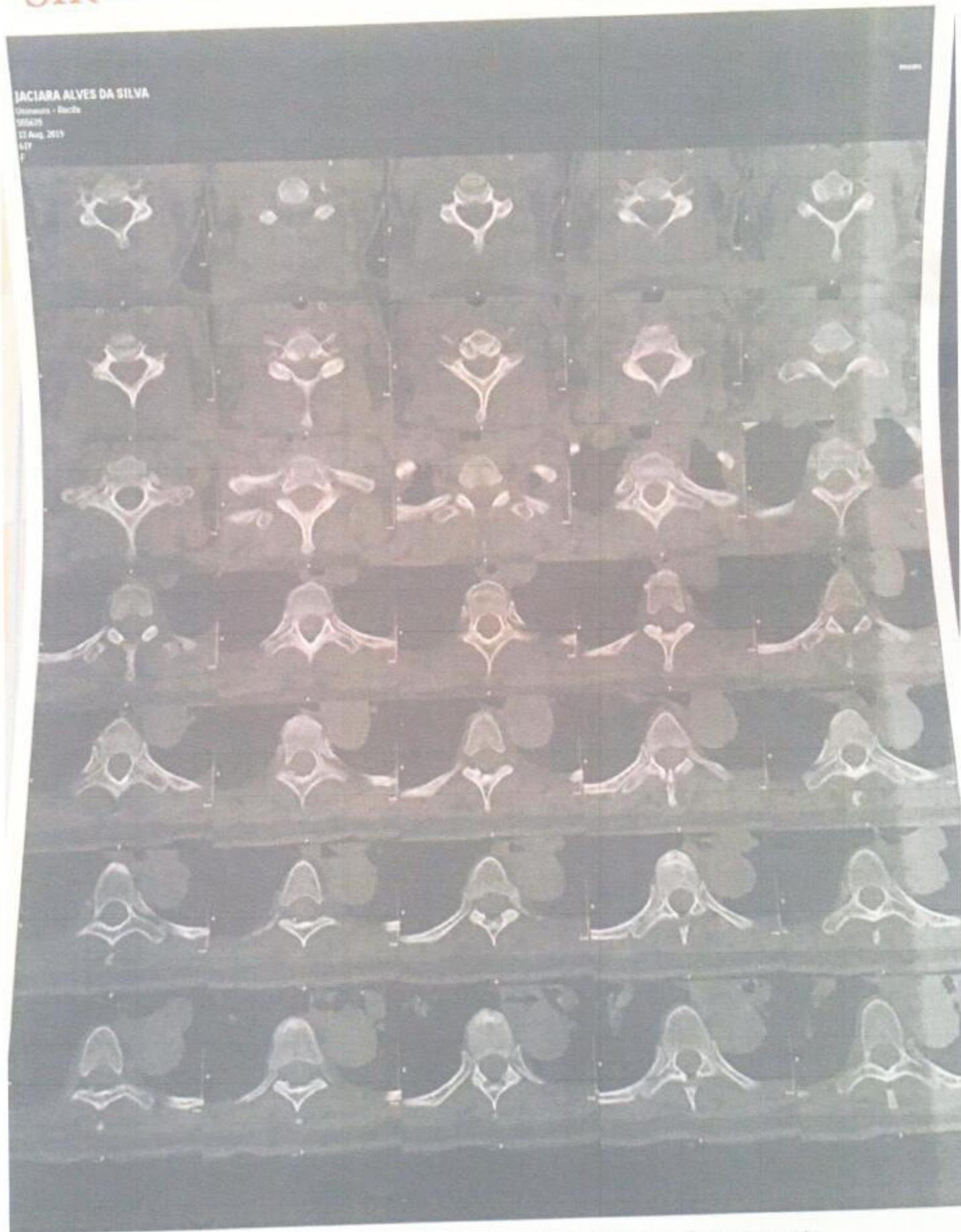
Universo - Recife

556025

12 Aug. 2019

61Y

F



SIR

Tomografia multislice • Ressonância magnética • Ultrassonografia • Biópsias • Densitometria Óssea • Raio-X

PHILIPS

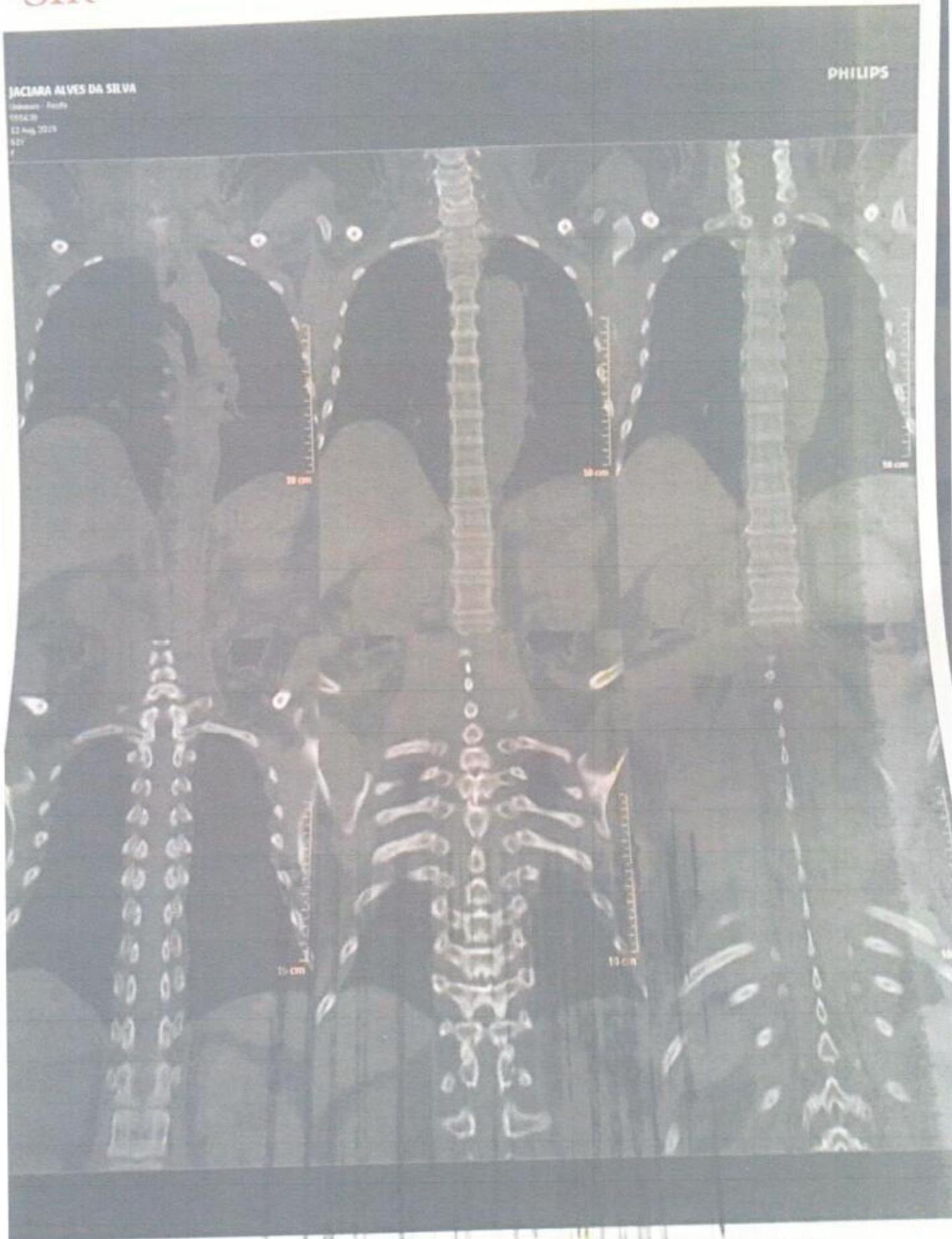
JACIARA ALVES DA SILVA

Obstetra - Recife
193475
12 Ano. 2011



SIR

Tomografia multislice • Ressonância magnética • Ultrassonografia • Biópsias • Densitometria Óssea • Raio-X



JACIARA ALVES DA SILVA

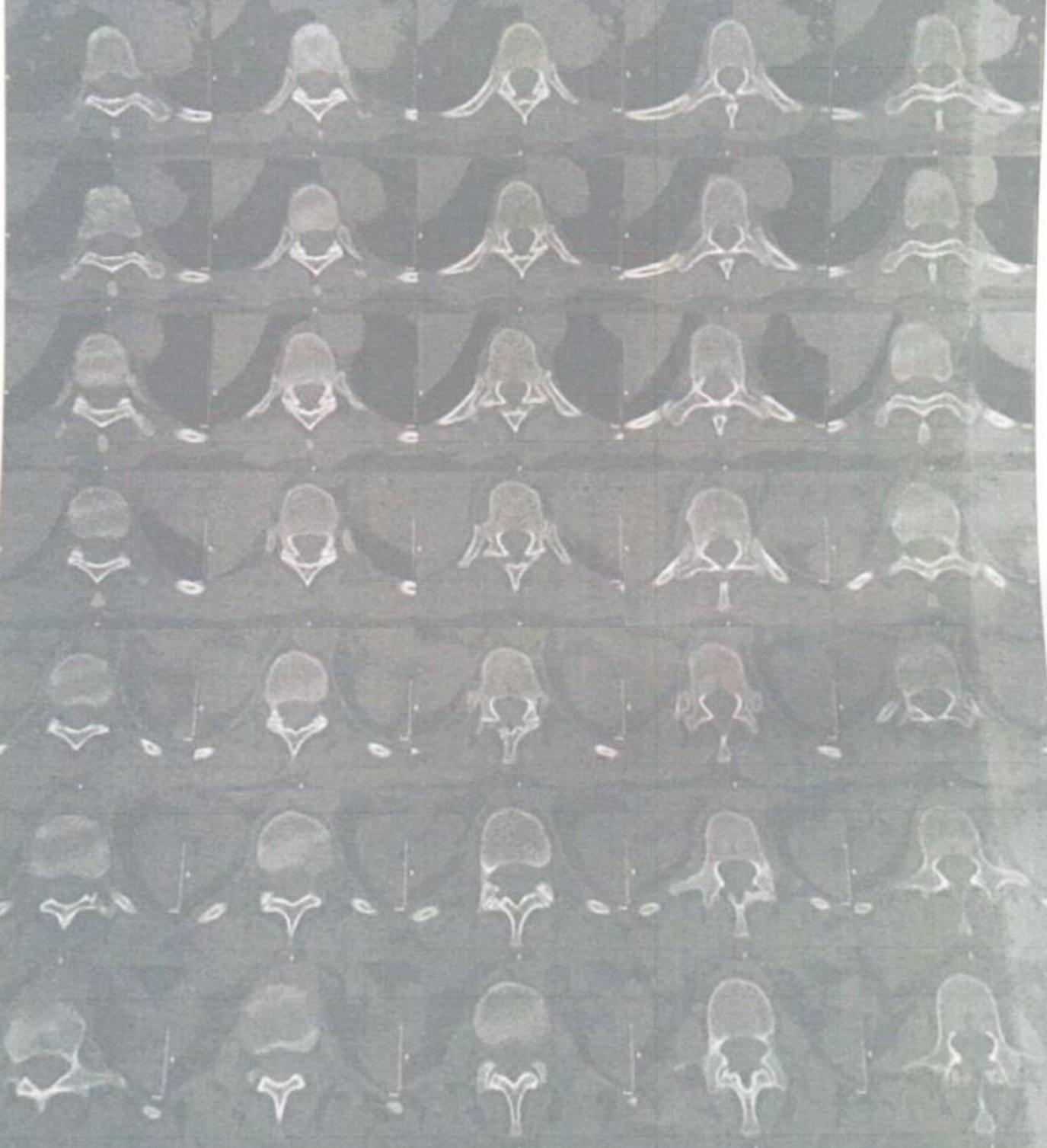
Universário - Recife

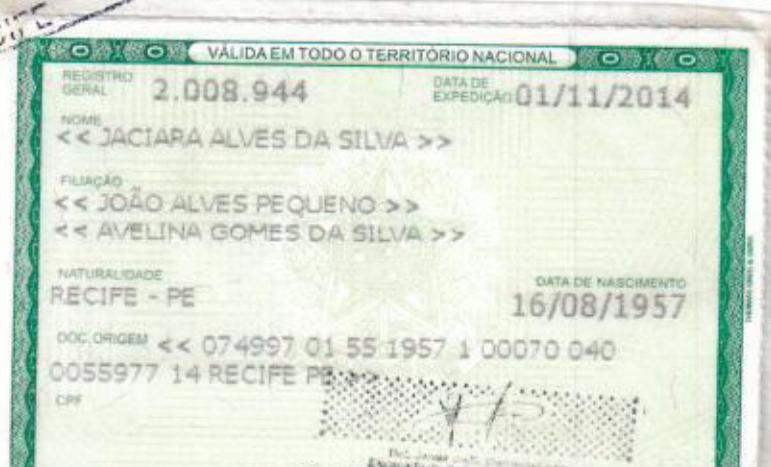
50061-29

12 Aug. 2011

327

1





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673296 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACIARA ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 04/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de arcos costais à esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima com expansibilidade torácica preservada, sem limitação.

Resultados terapêuticos: Suporte clínico, analgesia, fisioterapia. Alta há cerca de 4 meses.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 13/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima com exame demonstrando alteração discal em coluna. Não há como determinar nexo, uma vez que não há comprovação de lesão em coluna decorrente do trauma.

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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673296 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACIARA ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 04/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @PG 5 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCARRECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. 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 |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 % | Em grau residual - 10 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Total | | | 10 % | R\$ 1.350,00 |

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429856/19

Vítima: JACIARA ALVES DA SILVA

CPF: 801.668.574-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/07/2018

Titular do CPF: JACIARA ALVES DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JACIARA ALVES DA SILVA : 801.668.574-91

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: 03/12/2019
Nome: JACIARA ALVES DA SILVA
CPF: 801.668.574-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JACIARA ALVES DA SILVA

JONATAN BARBOSA DE BARROS

**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: **3190673296**

Nome do(a) Examinado(a): **JACIARA ALVES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R JOSINA MARIA DE VASCONCELOS, 176 - Igarassu - PE - CEP 53625-055

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **2008944**

Data e local do acidente: [**04/07/2018**] **Olinda, PE**

Data e local do exame: [**13/12/2019**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura de arcos costais à esquerda.

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

Ao exame, vítima com expansibilidade torácica preservada, sem limitação.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Suprimento clínico, analgesia, fisioterapia. Alta há cerca de 4 meses.

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

[] Sim [**X**] Não

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

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"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "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.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

Vitima com exame demonstrando alteração discal em coluna. Não há como determinar nexo, uma vez que não há comprovação de lesão em coluna decorrente do trauma.



Leonardo de Faria Neves
CRM: 17742

Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE