

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 nexos, 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 ESCLARECER 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

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

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



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 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 801-668 574-91 4 - Nome completo da vítima: Jociara 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: Jociara Alves da Silva 6 - CPF: 801 668 574-91
7 - Profissão: nome em branco 8 - Endereço: Rua Jacob Pinto do Fritos 9 - Número: 169 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cruz de Rebouças 12 - Cidade: Igarassu 13 - Estado: 14 - CEP: 53623-222
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 8468-2112

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:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

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 Nº. **18E0123001279**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO 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 PUBLICA**

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

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

ÀS 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 POSTERIORMENTE 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 QUEIROS** - Matrícula: **3809536**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 801-668 574-91 4 - Nome completo da vítima: Jociara 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: Jociara Alves da Silva 6 - CPF: 801 668 574-91
7 - Profissão: nome emu 8 - Endereço: Rua Jacob Pinto do Fritos 9 - Número: 169 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cruz de Rebouças 12 - Cidade: Igarassu 13 - Estado: 14 - CEP: 53623-222
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 8468-2112

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:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

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)



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA DR COSME DE SA PEREIRA - NUM. - 5/N - CENTR
O IGARASSU PE 53610-010

DADOS DO CLIENTE
MATEO ANTONIO DA SILVA MATRICULA: 29275157 Set/2019
R JOSINA MARIA DE VASCONCELOS 00178 - CRUZ DE REBOUCAS IGARASS
UPE 53610-055
INSCRIÇÃO: 175.105.720.0053.000 GRUPO: 13 DEB. AUTOMATICO: 029275157

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO FENOTO POTENCIAL	RESERVA 1	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL
HIDRÔMETRO AI/5614/01	DATA LEIT. ANTERIOR 06/09/2019	DATA SIT. ATUAL 07/10/2019	

AGUA
LEIT. ANT. 2 CONSUMO: 1
LEIT. ANT. 3
LEIT. ANT. 3

HISTORICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO

08/2019 00
07/2019 00
06/2019 00
05/2019 00
04/2019 01
03/2019 00
MEDIA: 00

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	47	47	47
COR APARENTE	47	47	37
CORO RESIDUAL	47	47	47
KOLIF. TOTAIS	47	47	46
E. COL.	47	47	47

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA RESIDUAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE AGUA	1.113	44,08

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS	44,08	1,65	0,73
ICMS	44,08	1,60	3,35

VENCIMENTO: 20/10/2019 TOTAL A PAGAR: 44,08

CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUANTIDADE DE PAGAMENTOS: 1

202014398-2

09/09/2019

HORA DE: 09:34:15

LOT. 15.01/910 G

LOCALIDADE: IGARASSU

AV. VITORIA ADA: 2191

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
COMPESA CIA SAN FERNANDO

VALOR DO PAGAMENTO: 44,08

82810000003 440800181756
029275157014 032019000033

Loterias CAIXA

Lot

Atendimento: 1317394

Senha da Classificação:

0179

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

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:

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: _____ Senha: _____

Carimbo/Médico

COMPREV
COMPRESSÃO E PREVENÇÃO S/A

03 DEZ 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

1317394

JR. LINDA

Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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

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

do: 04/07/2018 11:49 - 04/07/2018 11:49

IELLY SANTOS RAMOS DE BARROS - COREN: 9449 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

ndade:

URGENCIA - AMARELO

AMARELO

ixa Principal:

ORTOPEDIA SOLICITA AVALIAÇÃO DA CLINICA MEDICA

ograma sintoma:

TRAUMA

riminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

pecialidade:

CLINICA GERAL

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

Data Impressão: 04/07/2018 11:49

Página 1 de 1

Atendimento: **1317366**
Data e Hora: **04/07/2018 11:06**

Senha da Classificação: **0155**

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: **11:05**

Queixa Principal

*ACOMODADO
DA LATA
DE CUBANO*

Exame Físico

120/80/60

Hipótese Diagnóstico

*FRATURA B 6 2 F
ARTRITIS CRÔNICA
DO JOELHO*

Conduta Terapêutica

A CLINICA MODERNA

Prescrição Médica

*REFARTE DE ANTI
INFLAMATORIO*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: _____ Senha: _____

Carimbo/Médico

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



1317366

HORAS - OLINDA

da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

hora retirada da senha: 04/07/2018 10:58

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

Observação: ALERGIA-
HAS-
DM-

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - 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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Av. Dr. Sá Pereira - Centro - Igarassu - PE. CEP. 53600-000 - CGC: 12.052.214.0001-00
Fone/Fax: 3543-0566 - E-mail: uhligarassu@hotmail.com



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: 4447 17
Nome: JACIARA ALVES DA SILVA
Foi atendido às 15:34 hs. do dia 04, 07, 18
Diagnóstico Provável:

FRATURA DE CÔRDO COSTAIS OS -
ENCERDOS POR ACIDENTE

Tratamento Realizado:
- IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA
- TOMO ORTÓPICO

Observação: ALTA 09/07/18
REPOUSO 90K 07 (5078) DIAS

Cópia de:

Rogério Enhardt
Médico - CRM

Atendimento: 1317394

Senha da Classificação:

0179

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

Paciente: 479652 JACIARA ALVES DA SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 16/08/1957 Idade: 60 anos

Convênio: 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:

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

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. : _____

Cidade : _____

UF : _____

Telefone : _____

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente : Joane Alencar de S. L.

Endereço : _____

Prescrição : Rx Uso Or
1) Paracetamol + codeína (PACB) 32mg - 2ds
1 cp VO aq 4/4h 2ds

DATA : 9.7.12

ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome : _____

Ident. : _____

Org. Emissor : _____

End. : _____

Cidade : _____

UF : _____

Telefone : _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA : ____/____/____

Cod. 0339



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RECEITUÁRIO MÉDICO PERNA

Paciente:

Joane Alencar de S. L.

Registro:

Clinica:

2.1.1.1

Box/Leito/Enferme

Joane Alencar de S. L.
14.09.12
14.09.12

Prontuário de Ass. B. Filho
Ortopedia / Traumatologia
Cód. 5572

Data: ____/____/____

Ass. Carimbo/Médico/CR

COT



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

EXAMES COMPLEMENTARES



Nome:	Jaelson ALVES D. SILVA		Idade:	
Registro:	863186	Box/Leito/Enfermaria:	Clínica/Setor:	
Exames Solicitados:	→ 2010 INT			
Dados Clínicos:	- Fratura da 1ª costela - Contusão de pele			
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



Paciente:	Jaelson ALVES	Registro:	
Clínica:	2.8.12	Box/Leito/Enfermaria:	

Fratura da 1ª costela
Fratura da 1ª costela
Costela + contusão
do joelho ligamentar
com descolamento
funcional
e de 116

Francisco de Assis B. Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 9372

Data: 1 / 1

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RECEITUÁRIO MÉDICO



Paciente:	Jaelson ALVES	Registro:	
Clínica:	2.8.12	Box/Leito/Enfermaria:	

2010 INT
Mialgia - 1X
Trauma Ligamentar
do joelho

30
07
18

Francisco de Assis B. Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 9372

Data: 1 / 1

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE



IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SOLICITANTE	
1° CNES:	2° Nome:
3° Nome do profissional:	4° Telefone do prof.:
5° Nome do ACS:	6° Telefone do ACS:
IDENTIFICAÇÃO DO(A) USUÁRIO(A)	
7° Cartão SUS:	8° Data de Nasc:
9° Nome do usuário:	10° Sexo: () M () F
11° Nome Social:	12° N° Prontuário:
13° Nome da mãe:	14° Telefone:
15° Endereço:	
16° Ponto de Referência:	
17° Hipótese diagnóstica:	
18° Descrição do caso/situação:	
<p>Procedimento necessário (Consulta/exame):</p> <p>Procedimento necessário (Consulta/exame):</p>	

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

20 Observações:

ATENÇÃO: Não entregar para o usuário! Encaminhar a ficha para a CRMI

²¹Data da Solicitação: / /

²²Assinatura/Carimbo:

AUTORIZAÇÃO/AGENDAMENTO

Nº da chave:	Data do agendamento:	Hora do atendimento:
Unidade Executante:	Nome do profissional:	
Nome do procedimento:		
Endereço:		
Observações:		



PSL



GARASSU

Nº 1176

PAC. Jaciana Alves da

COD. Silva

C.S. 704.2017.6218.6182

TEN	lombos
vs.	11 / costela
linhas	11

TRATAMENTO

DIA	HORÁRIO	N. SESSÕES
Tues	8:00	20
Oto		
OBS: lombos		
costela		TERAPEUTA: <u>Minilla Silva</u>

SESSÕES:

01	21	02	19	P
02	21	02	20	P
03	03	03	20	P
04	17	03	20	P
05	14	03	20	P
06	21	03	20	P
07	26	03	20	P
08	28	03	20	P
09	02	04	19	P
10	04	04	19	P
11	16	04	19	P
12	23	04	19	P
13	23	04	19	P
14	03	05	19	P
15	03	05	19	P
16	03	05	19	P
17	03	05	19	P
18	03	05	19	P
19	03	05	19	P
20	03	05	19	P
21	05	20	19	P



Diagnóstico por Imagem

Resonância 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 interespaços avaliados.
Foramens de conjugações livres e com amplitudes preservadas.
Tecidos moles para-vertebrais sem alterações.

Observação: Protrusões discais póstero-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 Pinto, 1102 | Graças | Recife-PE
CEP 52.011-210 | Fone: (81) 3445-1220

Serviço de Imagens Radiográficas do Recife

www.sirdiagnostico.com.br

JACIARA ALVES DA SILVA

Ultrassom - Rente

551429

12 Aug. 2013

42v

F

PHILIPS



JACIARA ALVES DA SILVA

Urologia - Recife

500629

12 Aug. 2019

62Y

F



JACIARA ALVES DA SILVA

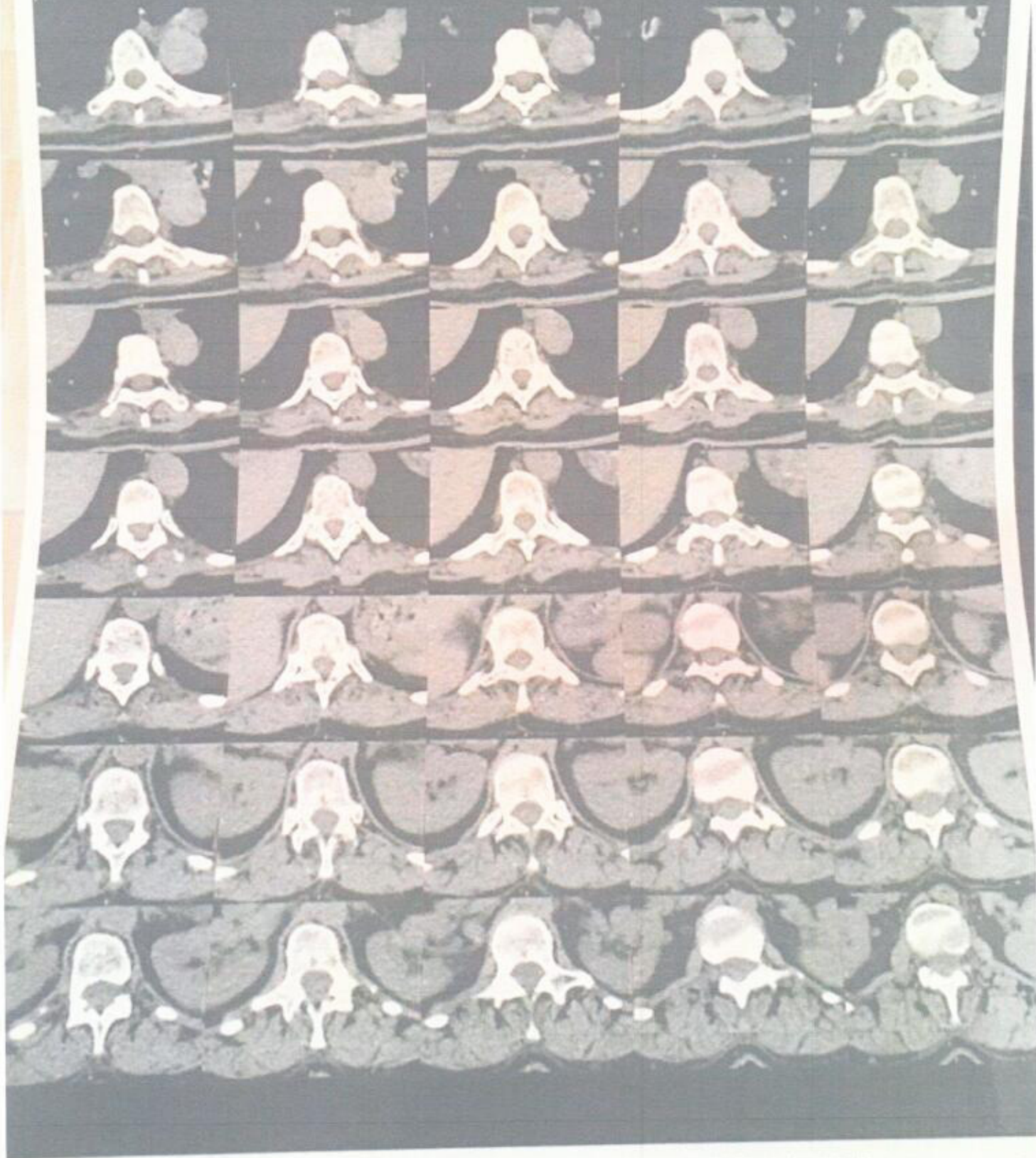
Urologista - São Paulo

195439

12 Aug, 2019

617

F



JACIARA ALVES DA SILVA

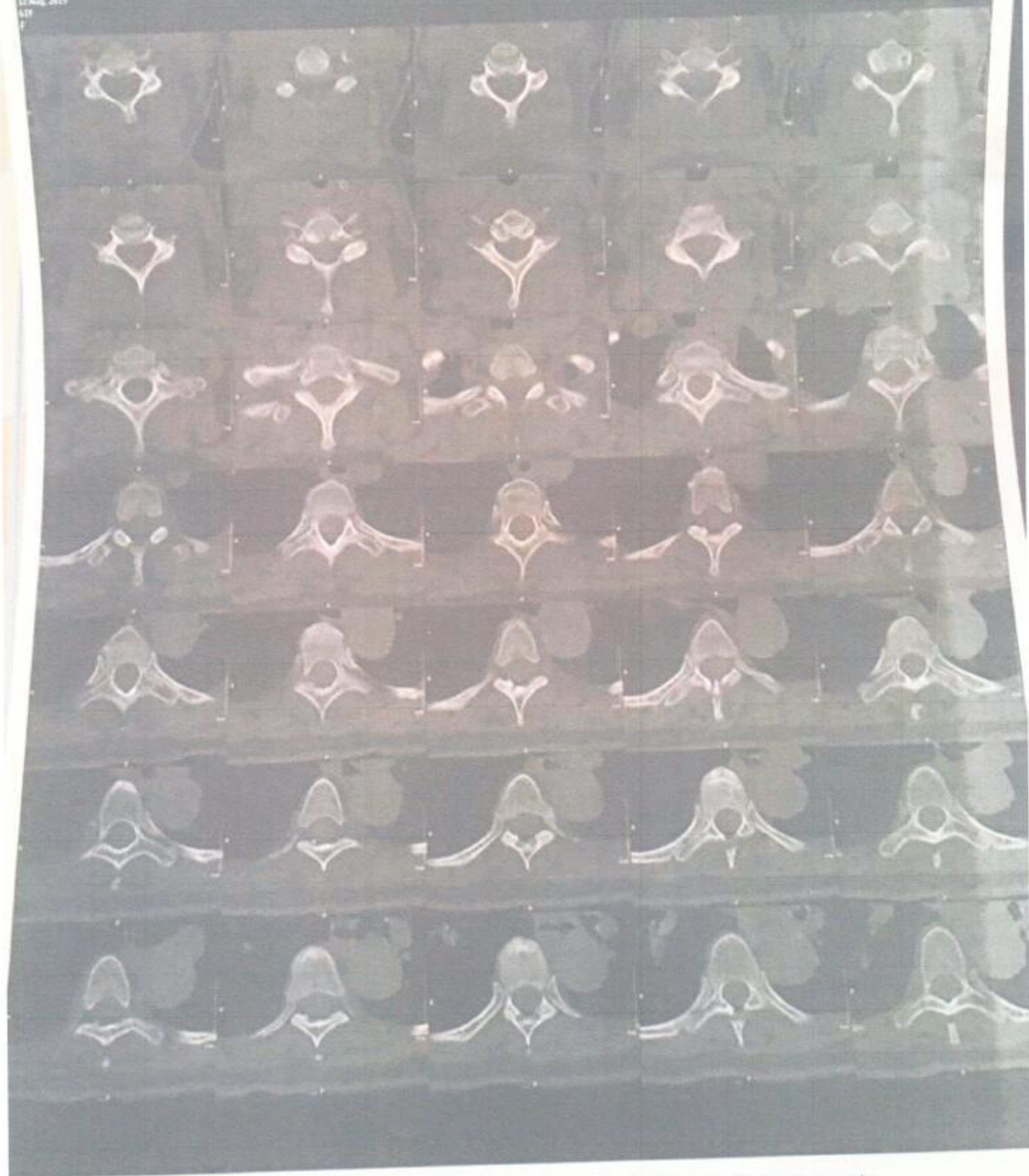
Ultrassom - Recife

1956379

12 Aug. 2013

61Y

F



SIR

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

PHILIPS

LACIARA ALVES DA SILVA

Imagem - Busto
10/04/2011
12:00:00
001



JACIARA ALVES DA SILVA

Unidade - Recife

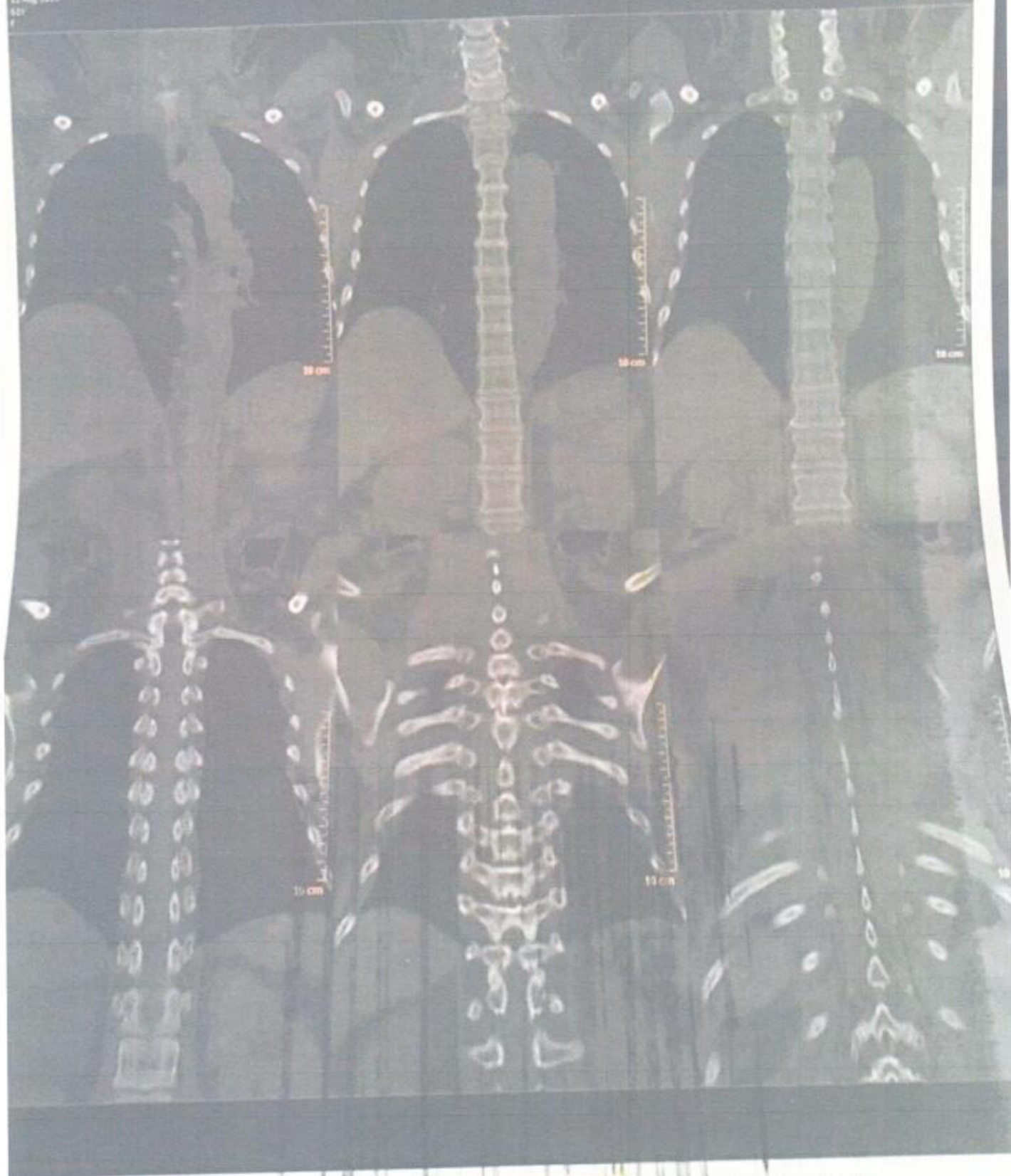
100430

12 Aug 2019

627

F

PHILIPS



JACIARA ALVES DA SILVA

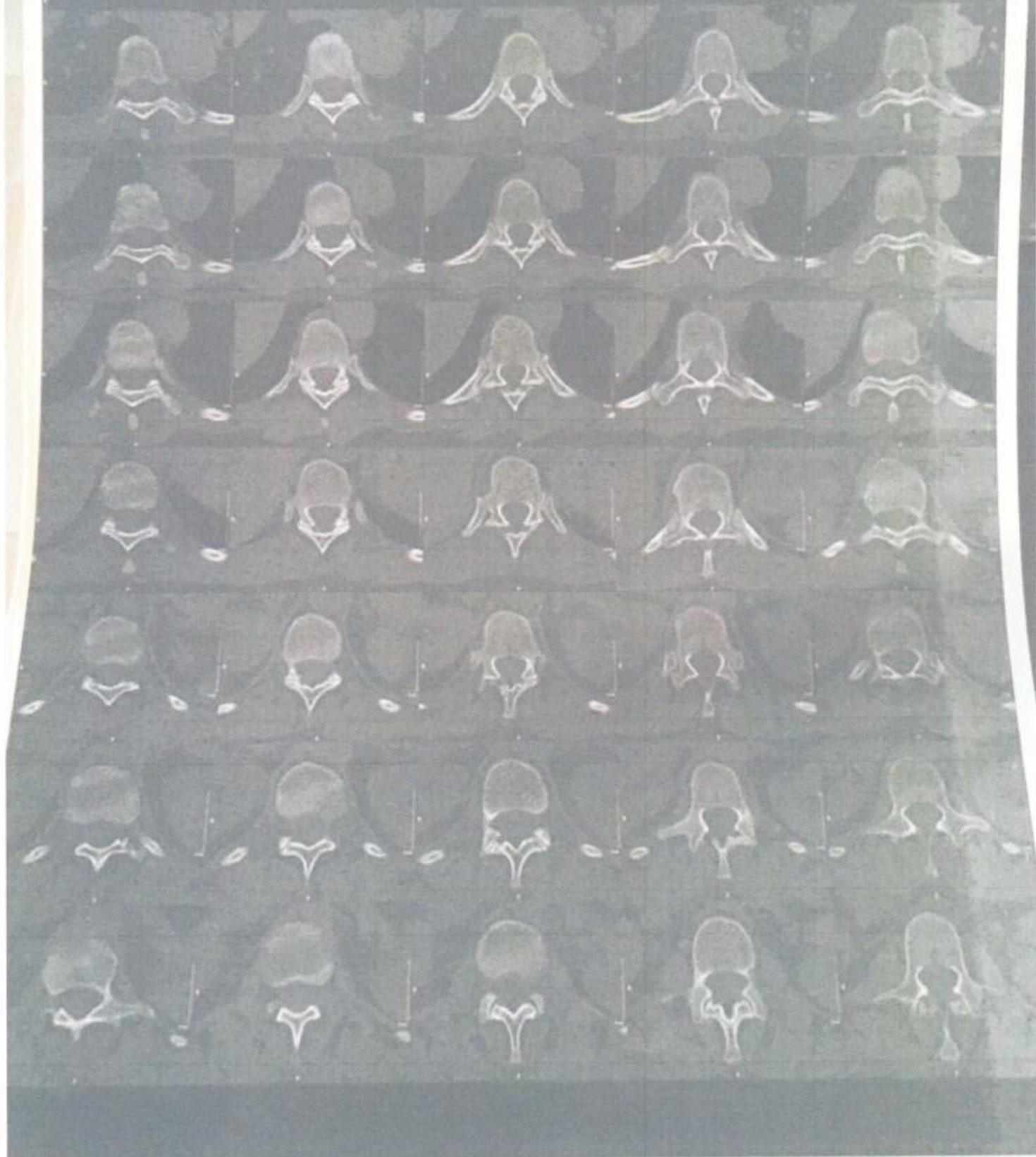
Médico - Radiologista

100629

22 Aug 2013

A29

F



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ZAVAGES RUIII


EC-3

Jaciara alves da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
801.668.574-91

Nome
JACIARA ALVES DA SILVA

Nascimento
16/08/1957

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO


POUPANÇA



603689 0010 51073 5236
JACIARA ALVES DA SILVA
0045 013 00601161-3 08/21


débito

COMPRESO
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SIA
03 DEZ 2019
PROTOCOLO
RECEITA RECEBIDA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.008.944 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/11/2014

NOME
<< JACIARA ALVES DA SILVA >>

FILIAÇÃO
<< JOÃO ALVES PEQUENO >>
<< AVELINA GOMES DA SILVA >>

NATURALIDADE
RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 16/08/1957

DOC ORIGEM << 074997 01 55 1957 1 00070 040
0055977 14 RECIFE PE >>

CPF



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 nexos, 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 ESCLARECER 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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JACIARA ALVES DA SILVA

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?

[☒] Sim [☐] Não

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

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

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

[☐] Sim [☒] 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

(X) "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.

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.



Leonardo de Faria Neves
CRM: 17742 - PE

Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE