



Número: **0027679-40.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JACIARA ALVES DA SILVA (AUTOR)		ELAINE PANTALEAO DA SILVA (ADVOGADO) EMANUELLE ALVES DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72170665	07/12/2020 16:11	2741488_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 30ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00276794020208172001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JACIARA ALVES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE A LESÃO EXISTENTE NO JOELHO ESQUERDO E O ACIDENTE

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada no joelho esquerdo tenha decorrido do acidente de trânsito¹**.

ISSO PORQUE, CONFORME EVIDENCIAM OS PRÓPRIOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS PELA PARTE AUTORA, AS ÚNICAS LESÕES OCASIONADAS A ELA DECORRENTES DO ACIDENTE OCORRERAM NA FACE E NA COLUNA.

ORA, EXA., EM MOMENTO ALGUM A PARTE AUTORA APRESENTA BOLETIM MÉDICO COMPROVANDO LESÃO NO JOELHO ESQUERDO QUE TENHA DECORRIDO DO SINISTRO DISCUTIDO, NÃO PODENDO, ASSIM, SER IMPUTADO À RÉ O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO POR LESÃO QUE NÃO OCASIONADA PELO ACIDENTE ADUZIDO.

¹SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)




DESTA FORMA, RESTA DEMONSTRADA A COMPLETA AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE A LESÃO NO JOELHO ESQUERDO E O ACIDENTE!!!

DA AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

DA AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE AGRAVAMENTO DE LESÃO NA FACE E NA COLUNA

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora alega ter adquirido lesões decorrentes do acidente aludido no joelho, segmento que, conforme já esclarecido acima, não foi adquirido no acidente discutido, e na face e na coluna. Todavia, em sede administrativa não foram apuradas quaisquer sequelas, conforme elucidado abaixo:

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.				
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

Após o deferimento de exame pericial médico, o ilustre expert apurou a presença de lesão na face em grau leve (25%) e na coluna em grau médio (50%).

Todavia, conforme já informado, ante a ausência de nexo causal entre a lesão existente no joelho esquerdo e o sinistro, a ré vem impugnar a lesão apurada na face e na coluna da parte autora tendo em vista que, anteriormente, em sede administrativa, foi apurada a ausência de sequelas nos segmentos.

Ora, Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agregar lesão à parte autora, haja vista que, conforme avaliado administrativamente, as lesões na face e na coluna não resultaram em sequelas permanentes.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar indenização ao autor, devendo, assim, os pedidos autorais serem julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 3 de dezembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0027679-40.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JACIARA ALVES DA SILVA (AUTOR)		ELAINE PANTALEAO DA SILVA (ADVOGADO) EMANUELLE ALVES DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72170 666	07/12/2020 16:11	Recibo de Apresentação de Documentos parte 1	Outros (Documento)

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.

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





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

Carta nº 15184942





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: INTERRUPTÃO 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

Pag. 01703/01704 - carta_02 - INVALIDEZ

00060852



Carta nº 15199766





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

Pag. 01957/01958 - carta_04 - INVALIDEZ

00060979



Carta nº 15257951





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:

4 - Nome completo da vítima:

801-668574-91 Jociana 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:

6 - CPF:

Jociana Alves da Silva

801 668 574-91

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Mon eun

Rua Jacob Pinto de Freitas

169

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Praça de Ribaõcos

Igarassu

PE

53625-222

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)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2191

CONTA:

066.391

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(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.

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:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Igarassu 30 de Novembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Jociana Alves da Silva

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: **MUNICIPIO DE OLINDA, EM FRENTE A UPÁ 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:

Jociana 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:

Jociana Alves da Silva

6 - CPF:

801-668-574-91

7 - Profissão:

Moreira

8 - Endereço:

Rua Jacob Pinto de Freitas

9 - Número:

169

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Parque de Ribeirão

12 - Cidade:

Itapetininga

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

53625-222

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2191

CONTA:

066-391

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(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.

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:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Itapetininga 30 de Novembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Jociana Alves da Silva

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
MAIOR: ANTONIO DA SILVA MATRICULA: 29275157 Set/2019
R JOSINA MARIA DE VASCONCELOS 00178 - CRUZ DE REBOUCAS IGARASSU
U PE 53610-010
INSCRIÇÃO: 175.105.720.0053.000 GRUPO: 13 DEB. AUTOMÁTICO: 029275157

SITUAÇÃO DA ÁGUA	SITUAÇÃO DO TÔRREO	RESERVAÇÃO	TIPO DE CONSUMO (A/E)
LIGADO	POTENCIAL	1	REAL
HIDRÔMETRO A1/5614701	DATA LEI. ANTERIOR 06/09/2019	DATA LEI. ATUAL 07/10/2019	

ÁGUA
LEI. ANT.: 2 CONSUMO: 1
LEI. ANT.: 3
LEI. ANT.: 5

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

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

PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.924/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	47	47	47
COR APARENTE	47	47	37
COLOR. RESIDUAL	47	47	47
COLIF. TOTAIS	47	47	46
COLIF. FÉCUL.	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\$)
ÁGUA		
RENTABILIDADE 1 UNIDADE(S)	113	44,08
CONSUMO DE ÁGUA		

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS	44,08	1,00	0,44
ITR	44,08	1,60	3,35

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

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINTA: 09/10/2019 HORA DE: 09:34:15

LOT. 15.014910-0

LOCALIDADE: IGARASSU

AN. VINCULADA: 2191

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

COMPESA CIA SAN FERNANDO

VALOR DO PAGAMENTO: 44,08

62810000003 440800181756

029275157014 002019000033



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: 53625218

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:

Prisão de ventre há 10 dias com dor abdominal.

Exame Físico

Exame físico sem alterações. Abdome macio, sem dor à palpação.

Hipótese Diagnóstico

Constipação de intestino.

Conduta Terapêutica

SCB

Prescrição Médica

*S. K. 9 100 214
CC 4 AMARAL 500*

*Josele A. de Amorim
CREMEPE-SC 5833*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico



JACIARA LINDA

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Classificação de Risco - Protocolo

Para 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 CLÍNICA MÉDICA

ograma sintoma:

TRAUMA

primador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

pecialidade:

CLÍNICA 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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



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: 11:05

Queixa Principal

ACOMODADO
DA LATA
DE CUBA

Exame Físico

12/01/60000

Hipótese Diagnóstico

FRATURA B 6 2 F
ARTRITE
ABSC

Conduta Terapêutica

A CLINICA MORBID

Prescrição Médica

REFAR DE FARMAC
E 2M ABDOMINAL

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico

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



1317366



HORAS - OLINDA

Protocolo de 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

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





GOVERNO MUNICIPAL DE IGARASSU
Secretaria de Saúde



Paciente:

Carvalho

Prontuário:

fez uma prova de 1h
de matemática e 1h de português.
antes da prova, sentei-me
no fundo da sala e fiquei
a fazer a prova. fiz a prova
em 1h e 30 min. Faltou.

Data:

24/09/19

Assinatura

Dr. Washington F.S. Neves
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE-6/19



Av. Dr. Sá Pereira - Centro - Igarassu - PE, CEP. 53600-000 CGC: 12.052.214.0001-00
Fone/Fax: 3543-0566 - E-mail: uhiigarassu@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: 444717
Nome: JACIARA ALVES DA SILVA
Foi atendido às 15:35h. do dia 04/07/18
Diagnóstico Provável:
FRATURA DE COSTAS OS-
COSTAS POS ACIDENTE

Tratamento Realizado:
- IMOBILIZAÇÃO ORTEZ PARA
- TOMO CRÁPIAS

Observação: ACTA 09/07/18
REPOUSO POR 07(SETE) DIAS

Cópia de:

Rogério Enhardt
Cirurgião
Médico - Ortopedia

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento.



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:

CRM: 123456

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

Bairro: CRUZ DO REBOUCAS

Endereço: 8 TRAVESSA JACOB PINTO D --

169

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:

*Arterial elevada
e Afecção pulmonar
e perda de consciência*

Exame Físico

*Estado geral Refr
e não responde
a estímulos
e pupilas dilatadas*

Hipótese Diagnóstico

*Exantema de náusea
e vômitos*

Conduta Terapêutica

SCB

Prescrição Médica

*S. K. 4 100 mg
CETANAL 500 mg*

*Dr. Josele A. de Almeida
CREMEPE-6020*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico



1317394





Número: **0027679-40.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**


Justiça gratuita? **SIM**



Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JACIARA ALVES DA SILVA (AUTOR)		ELAINE PANTALEAO DA SILVA (ADVOGADO) EMANUELLE ALVES DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72170 670	07/12/2020 16:11	Recibo de Apresentação de Parte 2	Outros (Documento)



 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 : <u>Jaqueline Alves de S. G.</u> Endereço : _____ Prescrição : <u>Rx Uso Or</u> <u>1) Paracetamol + codeína (PARC) 30mg - 24h</u> <u>1 cp 10 a 4/4h, 2º 24h</u> DATA : <u>9.7.18</u>	
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 PERNAMBUCO	
Paciente: <u>Jaqueline Alves de S. G.</u> Clínica: <u>8.14</u>	Registro: _____ Box/Leito/Enferme: _____
DATA: <u>11/1</u> Ass. Carimbo/Médico/CRP: _____	
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/12/2020 16:11:12 https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120716111199200000070752911 Número do documento: 20120716111199200000070752911	

 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EXAMES COMPLEMENTARES			
Nome: <i>Jaciana ALVES D. Silva</i>		Idade:	
Registro: <i>2863186</i>	Box/Leito/Enfermaria:	Clínica/Setor:	
Exames Solicitados: <i>- 2010 IAT</i>			
Dados Clínicos: <i>- Fratura Aberta do 1º Metacarpo + entorse do polegar esquerdo com descolamento</i>			
Data: <i>19/03/19</i>	Hora:	Ass. Carimbo/Requisitante	

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nivel COD. 0127

 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO	
Paciente: <i>Jaciana Alves</i>	Registro:
Clínica: <i>2.86</i>	Box/Leito/Enfermaria:
<i>2010 IAT</i> <i>Fratura do 1º Metacarpo + entorse do polegar esquerdo com descolamento</i> <i>funcionant</i> <i>19/03/19</i>	
	
Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE	

 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO	
Paciente: <i>Jaciana Alves</i>	Registro:
Clínica: <i>2.86</i>	Box/Leito/Enfermaria:
<i>2010 IAT</i> <i>Movalgins 12 - 12 -</i> <i>Jaciana Alves</i> <i>19/03/19</i>	
	
Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE	





FICHA DE ENCAMINHAMENTO

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° Sexo: () M () F
10° Nome do usuário:	11° N° Prontuário:	
12° Nome Social:	13° Telefone:	
14° Nome da mãe:		
15° Endereço:		
16° Ponto de Referência:		
17° Hipótese diagnóstica:		
18° Descrição do caso/situação:		

Procedimento de 1º e 2º grau
CG-01

Encaminhado

19° Procedimento necessário (Consulta/exame):

Exame de 20/10/2020

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

20° Observações:

Assinatura do profissional
Data de atendimento
Assinatura do usuário

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

21° Data da Solicitação: ____/____/____

22° Assinatura/Carimbo:

AUTORIZAÇÃO/AGENDAMENTO		
N° da chave:	Data do agendamento:	Hora do atendimento:
Unidade Executante:	Nome do profissional:	
Nome do procedimento:		
Endereço:		
Observações:		



PSL



GARASSU

Nº 1176

PAC. Jaelene Alves da

COD. Silva

C.S. 704.2017.6218.6182

TEN Lombar
US 11 / direita
Músculo 11

TRATAMENTO

DIA Ter HORÁRIO N. SESSÕES

Out 8:00 20

OBS: Lombar

TERAPEUTA: Mariana Silva

SESSÕES:

21.02.19
22.02.19
23.02.19
24.02.19
25.02.19
26.02.19
27.02.19
28.02.19
01.03.19
02.03.19
03.03.19
04.03.19
05.03.19
06.03.19
07.03.19
08.03.19
09.03.19
10.03.19
11.03.19
12.03.19
13.03.19
14.03.19
15.03.19
16.03.19
17.03.19
18.03.19
19.03.19
20.03.19
21.03.19
22.03.19
23.03.19
24.03.19
25.03.19
26.03.19
27.03.19
28.03.19
29.03.19
30.03.19
31.03.19
01.04.19
02.04.19
03.04.19
04.04.19
05.04.19
06.04.19
07.04.19
08.04.19
09.04.19
10.04.19
11.04.19
12.04.19
13.04.19
14.04.19
15.04.19
16.04.19
17.04.19
18.04.19
19.04.19
20.04.19
21.04.19
22.04.19
23.04.19
24.04.19
25.04.19
26.04.19
27.04.19
28.04.19
29.04.19
30.04.19
01.05.19
02.05.19
03.05.19
04.05.19
05.05.19
06.05.19
07.05.19
08.05.19
09.05.19
10.05.19
11.05.19
12.05.19
13.05.19
14.05.19
15.05.19
16.05.19
17.05.19
18.05.19
19.05.19
20.05.19
21.05.19
22.05.19
23.05.19
24.05.19
25.05.19
26.05.19
27.05.19
28.05.19
29.05.19
30.05.19
31.05.19
01.06.19
02.06.19
03.06.19
04.06.19
05.06.19
06.06.19
07.06.19
08.06.19
09.06.19
10.06.19
11.06.19
12.06.19
13.06.19
14.06.19
15.06.19
16.06.19
17.06.19
18.06.19
19.06.19
20.06.19
21.06.19
22.06.19
23.06.19
24.06.19
25.06.19
26.06.19
27.06.19
28.06.19
29.06.19
30.06.19
01.07.19
02.07.19
03.07.19
04.07.19
05.07.19
06.07.19
07.07.19
08.07.19
09.07.19
10.07.19
11.07.19
12.07.19
13.07.19
14.07.19
15.07.19
16.07.19
17.07.19
18.07.19
19.07.19
20.07.19
21.07.19
22.07.19
23.07.19
24.07.19
25.07.19
26.07.19
27.07.19
28.07.19
29.07.19
30.07.19
31.07.19
01.08.19
02.08.19
03.08.19
04.08.19
05.08.19
06.08.19
07.08.19
08.08.19
09.08.19
10.08.19
11.08.19
12.08.19
13.08.19
14.08.19
15.08.19
16.08.19
17.08.19
18.08.19
19.08.19
20.08.19
21.08.19
22.08.19
23.08.19
24.08.19
25.08.19
26.08.19
27.08.19
28.08.19
29.08.19
30.08.19
31.08.19
01.09.19
02.09.19
03.09.19
04.09.19
05.09.19
06.09.19
07.09.19
08.09.19
09.09.19
10.09.19
11.09.19
12.09.19
13.09.19
14.09.19
15.09.19
16.09.19
17.09.19
18.09.19
19.09.19
20.09.19
21.09.19
22.09.19
23.09.19
24.09.19
25.09.19
26.09.19
27.09.19
28.09.19
29.09.19
30.09.19
01.10.19
02.10.19
03.10.19
04.10.19
05.10.19
06.10.19
07.10.19
08.10.19
09.10.19
10.10.19
11.10.19
12.10.19
13.10.19
14.10.19
15.10.19
16.10.19
17.10.19
18.10.19
19.10.19
20.10.19
21.10.19
22.10.19
23.10.19
24.10.19
25.10.19
26.10.19
27.10.19
28.10.19
29.10.19
30.10.19
31.10.19
01.11.19
02.11.19
03.11.19
04.11.19
05.11.19
06.11.19
07.11.19
08.11.19
09.11.19
10.11.19
11.11.19
12.11.19
13.11.19
14.11.19
15.11.19
16.11.19
17.11.19
18.11.19
19.11.19
20.11.19
21.11.19
22.11.19
23.11.19
24.11.19
25.11.19
26.11.19
27.11.19
28.11.19
29.11.19
30.11.19
01.12.19
02.12.19
03.12.19
04.12.19
05.12.19
06.12.19
07.12.19
08.12.19
09.12.19
10.12.19
11.12.19
12.12.19
13.12.19
14.12.19
15.12.19
16.12.19
17.12.19
18.12.19
19.12.19
20.12.19
21.12.19
22.12.19
23.12.19
24.12.19
25.12.19
26.12.19
27.12.19
28.12.19
29.12.19
30.12.19
31.12.19
01.01.20
02.01.20
03.01.20
04.01.20
05.01.20
06.01.20
07.01.20
08.01.20
09.01.20
10.01.20
11.01.20
12.01.20
13.01.20
14.01.20
15.01.20
16.01.20
17.01.20
18.01.20
19.01.20
20.01.20
21.01.20
22.01.20
23.01.20
24.01.20
25.01.20
26.01.20
27.01.20
28.01.20
29.01.20
30.01.20
31.01.20
01.02.20
02.02.20
03.02.20
04.02.20
05.02.20
06.02.20
07.02.20
08.02.20
09.02.20
10.02.20
11.02.20
12.02.20
13.02.20
14.02.20
15.02.20
16.02.20
17.02.20
18.02.20
19.02.20
20.02.20
21.02.20
22.02.20
23.02.20
24.02.20
25.02.20
26.02.20
27.02.20
28.02.20
29.02.20
01.03.20
02.03.20
03.03.20
04.03.20
05.03.20
06.03.20
07.03.20
08.03.20
09.03.20
10.03.20
11.03.20
12.03.20
13.03.20
14.03.20
15.03.20
16.03.20
17.03.20
18.03.20
19.03.20
20.03.20
21.03.20
22.03.20
23.03.20
24.03.20
25.03.20
26.03.20
27.03.20
28.03.20
29.03.20
30.03.20
31.03.20
01.04.20
02.04.20
03.04.20
04.04.20
05.04.20
06.04.20
07.04.20
08.04.20
09.04.20
10.04.20
11.04.20
12.04.20
13.04.20
14.04.20
15.04.20
16.04.20
17.04.20
18.04.20
19.04.20
20.04.20
21.04.20
22.04.20
23.04.20
24.04.20
25.04.20
26.04.20
27.04.20
28.04.20
29.04.20
30.04.20
01.05.20
02.05.20
03.05.20
04.05.20
05.05.20
06.05.20
07.05.20
08.05.20
09.05.20
10.05.20
11.05.20
12.05.20
13.05.20
14.05.20
15.05.20
16.05.20
17.05.20
18.05.20
19.05.20
20.05.20
21.05.20
22.05.20
23.05.20
24.05.20
25.05.20
26.05.20
27.05.20
28.05.20
29.05.20
30.05.20
31.05.20
01.06.20
02.06.20
03.06.20
04.06.20
05.06.20
06.06.20
07.06.20
08.06.20
09.06.20
10.06.20
11.06.20
12.06.20
13.06.20
14.06.20
15.06.20
16.06.20
17.06.20
18.06.20
19.06.20
20.06.20
21.06.20
22.06.20
23.06.20
24.06.20
25.06.20
26.06.20
27.06.20
28.06.20
29.06.20
30.06.20
01.07.20
02.07.20
03.07.20
04.07.20
05.07.20
06.07.20
07.07.20
08.07.20
09.07.20
10.07.20
11.07.20
12.07.20
13.07.20
14.07.20
15.07.20
16.07.20
17.07.20
18.07.20
19.07.20
20.07.20
21.07.20
22.07.20
23.07.20
24.07.20
25.07.20
26.07.20
27.07.20
28.07.20
29.07.20
30.07.20
31.07.20
01.08.20
02.08.20
03.08.20
04.08.20
05.08.20
06.08.20
07.08.20
08.08.20
09.08.20
10.08.20
11.08.20
12.08.20
13.08.20
14.08.20
15.08.20
16.08.20
17.08.20
18.08.20
19.08.20
20.08.20
21.08.20
22.08.20
23.08.20
24.08.20
25.08.20
26.08.20
27.08.20
28.08.20
29.08.20
30.08.20
31.08.20
01.09.20
02.09.20
03.09.20
04.09.20
05.09.20
06.09.20
07.09.20
08.09.20
09.09.20
10.09.20
11.09.20
12.09.20
13.09.20
14.09.20
15.09.20
16.09.20
17.09.20
18.09.20
19.09.20
20.09.20
21.09.20
22.09.20
23.09.20
24.09.20
25.09.20
26.09.20
27.09.20
28.09.20
29.09.20
30.09.20
01.10.20
02.10.20
03.10.20
04.10.20
05.10.20
06.10.20
07.10.20
08.10.20
09.10.20
10.10.20
11.10.20
12.10.20
13.10.20
14.10.20
15.10.20
16.10.20
17.10.20
18.10.20
19.10.20
20.10.20
21.10.20
22.10.20
23.10.20
24.10.20
25.10.20
26.10.20
27.10.20
28.10.20
29.10.20
30.10.20
31.10.20
01.11.20
02.11.20
03.11.20
04.11.20
05.11.20
06.11.20
07.11.20
08.11.20
09.11.20
10.11.20
11.11.20
12.11.20
13.11.20
14.11.20
15.11.20
16.11.20
17.11.20
18.11.20
19.11.20
20.11.20
21.11.20
22.11.20
23.11.20
24.11.20
25.11.20
26.11.20
27.11.20
28.11.20
29.11.20
30.11.20
01.12.20
02.12.20
03.12.20
04.12.20
05.12.20
06.12.20
07.12.20
08.12.20
09.12.20
10.12.20
11.12.20
12.12.20
13.12.20
14.12.20
15.12.20
16.12.20
17.12.20
18.12.20
19.12.20
20.12.20
21.12.20
22.12.20
23.12.20
24.12.20
25.12.20
26.12.20
27.12.20
28.12.20
29.12.20
30.12.20
31.12.20





Diagnóstico por Imagem

Residência Médica

Pró-graduação em Radiologia

Unidade de Radiologia do Hospital General de Pernambuco

Belo Horizonte, Minas Gerais

Rodrigo de Paula


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

Exame: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA DORSAL

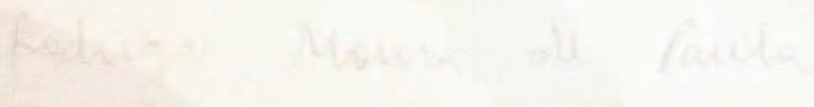
TECNICAS DE EXAME

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

COMENTARIOS:

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 hérniação ou protrusão discal, seja difusa ou localizada, nos interespacos avaliados.
Foramens de conjugações 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



Dr Rodrigo de Paula CRM PE - 11074

Rua Guilherme Porto, 120 - J. Capoeira - Recife/PE
CEP: 52.071-210 | Fone: (081) 3445.9009

Serviço de Imagens Radiográficas do Recife

www.sirdiagnostico.com.br



SIR

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

JACIARA ALVES DA SILVA

Odontólogo - São Paulo

550428

31 Aug, 2011

027

1

PHILIPS



SIR - Rua Monsenhor Ambrosio Leite, 68 - Fone: (51) 3445-1225 - www.sir diagnostico.com.br



JACIARA ALVES DA SILVA

Uso pessoal - Paciente

505629

13 Aug. 2019

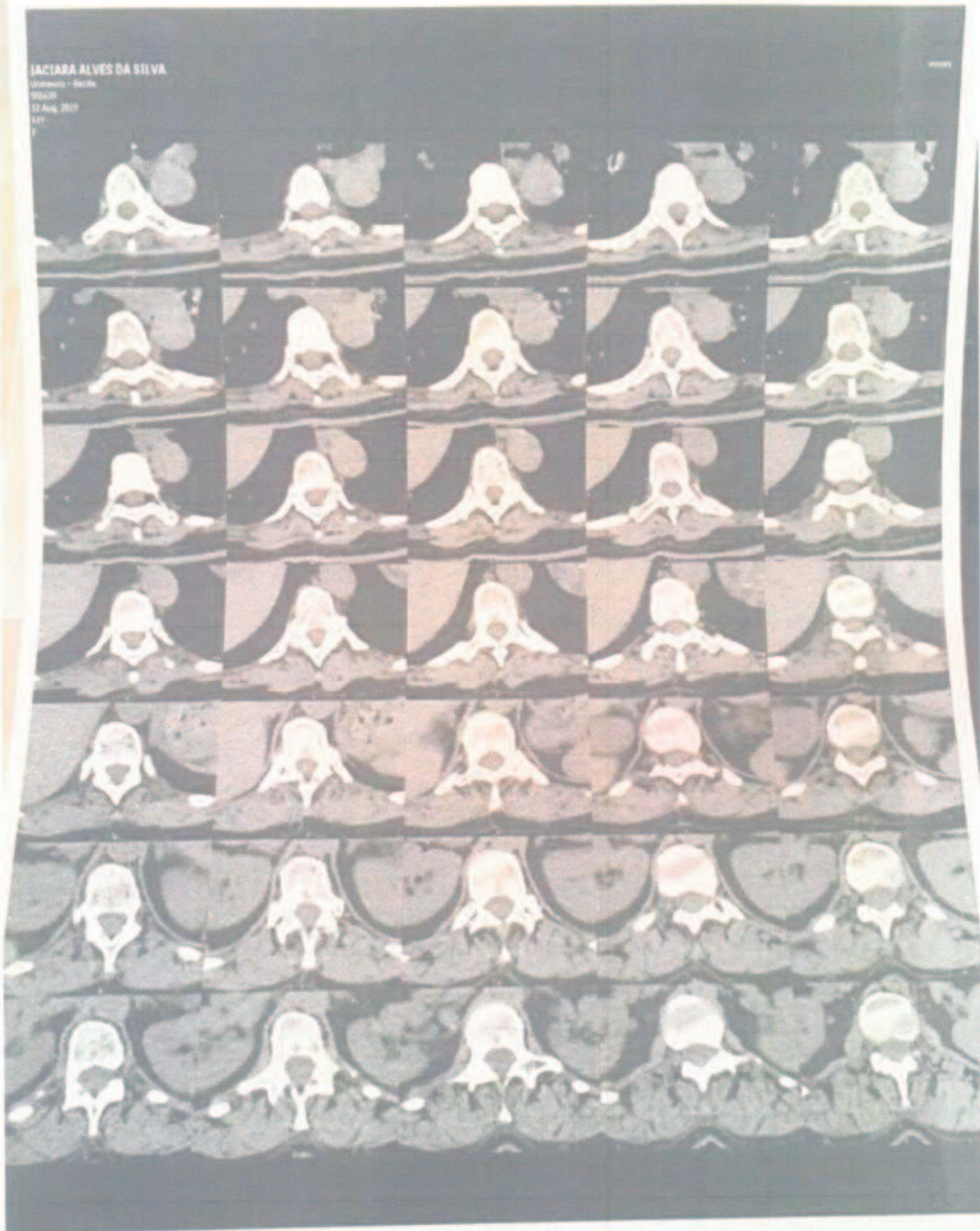
157

0



JACIARA ALVES DA SILVA

Ultrassom - RNM
900439
17 Aug. 2017
147
7

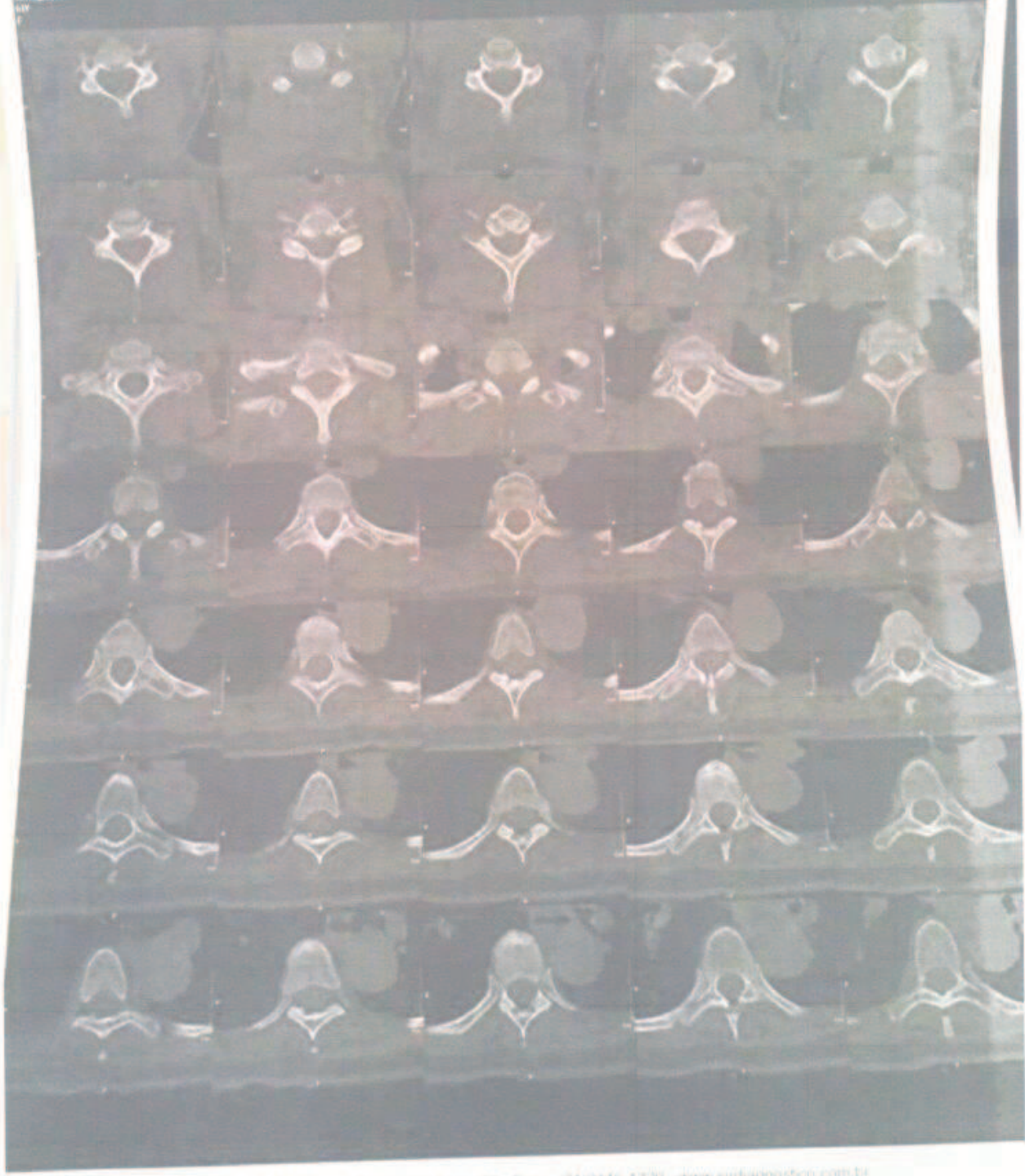


SIR - Rua Monsenhor Ambrosino Leite, 68 - Fone: (81)3445-1220 - www.sirdiagnostico.com.br



JACIARA ALVES DA SILVA

Ortopedia - Roteiro
09/03/20
12 Ago, 2019
1:17



SIR

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

PHILIPS

SACIARA ALVES DA SILVA

Idoso - Fêmea

15/04/21

10 Ago 2019

007

1



SIR - Rua Monsenhor Ambrosio Leite, 68 - Fone: (81)3445-1220 - www.sirdiagnostico.com.br



SIR

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

JACIARA ALVES DA SILVA

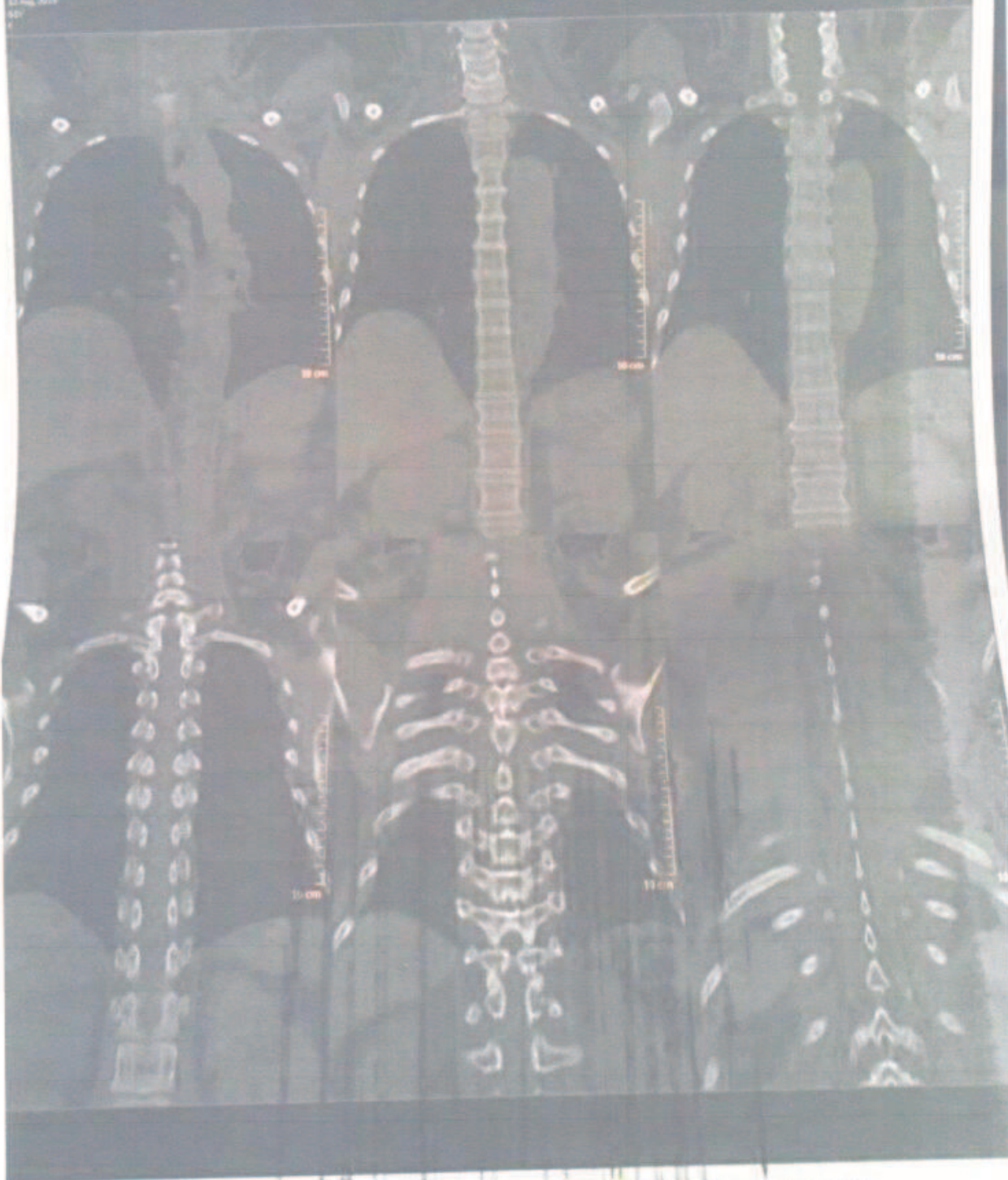
Idade: 70 anos

10/04/20

22 Aug 2019

6:07

PHILIPS



SIR - Rua Monsenhor Ambrósio Leite, 68 - Fone: (51) 3445-1220 - www.sirsaagnostico.com.br





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

JACIARA ALVES DA SILVA

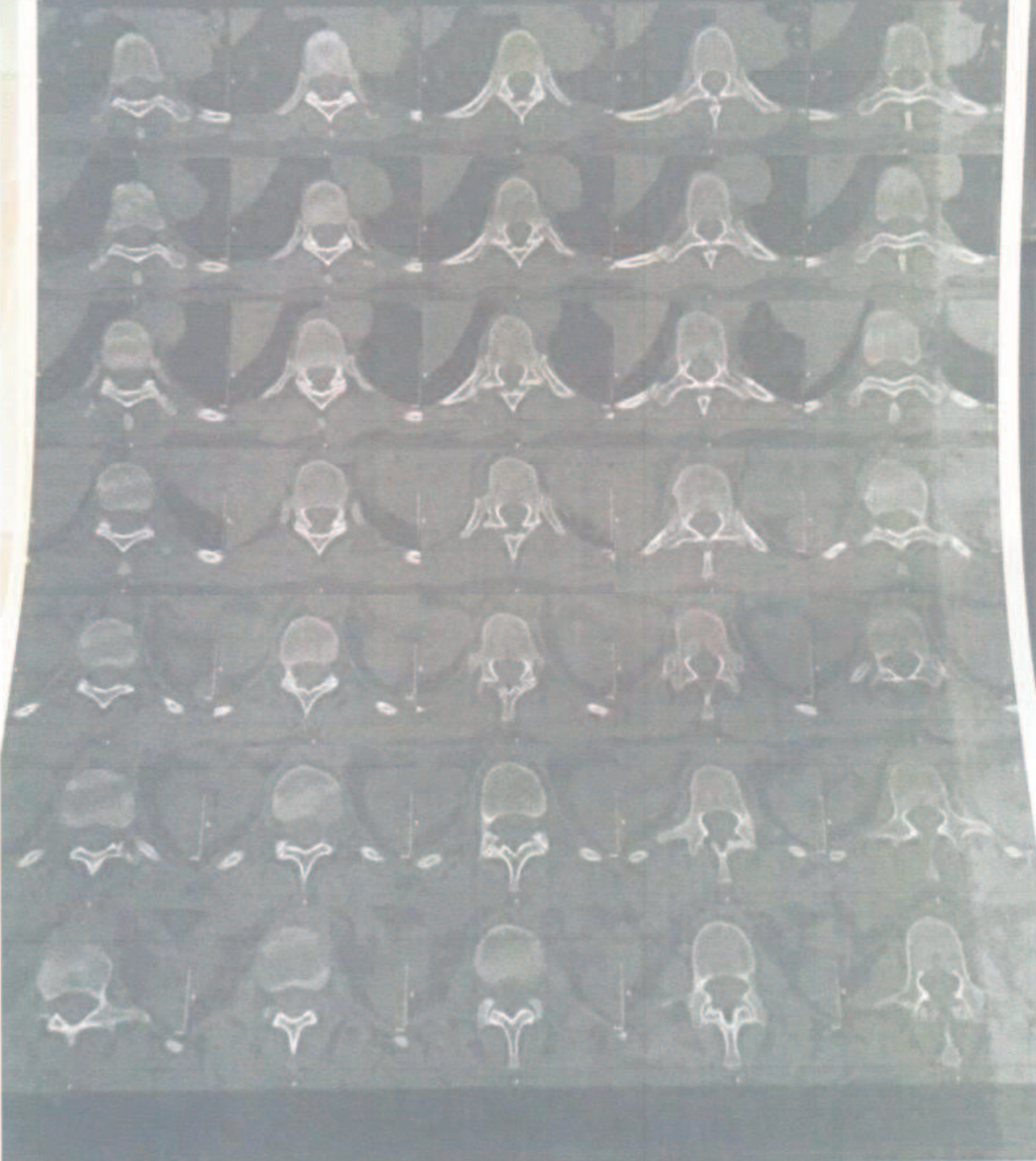
Odontólogo - São Paulo

50629

13 Aug 2019

NTF

1



SIR - Rua Monsenhor Ambrosino Leite, 68 - Fone: (81)3445-1220 - www.sir diagnostico.com.br





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.

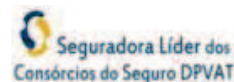
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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?

[**X**] 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 [**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

(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

