



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)			
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66122049	11/08/2020 11:36	ANEXO 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 SEGURODORA 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 sequelas

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 SEGURODORA 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

Pag. 0103001038 - carta_01 - INVALIDEZ

00020910





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradolider.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: INVAUDEZ

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

Pag. 01/03/01704 - carta_02 - INVAUDEZ

00000062



Carta nº 15199766





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradolider.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: INVAUDEZ

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 sequelas definitivas, 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. 01097/011908 - carta_04 - INVAUDEZ

00000079



Carta nº 13257951





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:

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:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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 com provante 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, e 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 do 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou Civil)☐ Divorçado☐ 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 nascido(a) ou nascido(a)?

☐ 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 o pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

30 de Novembro de 2019

Jociana Alves de Silva

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
POLÍCIA 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 PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

Residência: **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: **16/01/1957** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2008944/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **- 984682112**

Residência: **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: 4 - Nome completo da vítima:

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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 com provante 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) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (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, e 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 do 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascido(a) ou nascido(a)? ☐ 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 o pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF: 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





COMPESA
ATENÇÃO: RUA DR COSME DE SA PEREIRA - NUN. - 5/N - CENTR
0. 54040-010

CNPJ 09.769.835/0001-84
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014388-2

20275157 Set/2019
NOME: ANTONIO DA SILVA
R JOSITA MARIA DE VASCONCELOS 80178 - CRUZ DE REBOUCAS IGARASS
U. DE 18-05-055
INSCRIÇÃO: 179.165.728.8851.080 GRUPO: 11-DEB. AUTOMÁTICO: 029275157

LEIADO: PETER LAC 1
DATA DE VENCIMENTO: 06/09/2019 07/10/2019 REAL

ÁGUA
LITROS 44,08
LITROS 44,08
LITROS 44,08

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		
	ENQ. PORT Nº 2.944/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. À LEGIS
TURBIDEZ	47	47	47
COR APARENTE	47	47	37
CLORO RESIDUAL	47	47	47
KOLIF. TOTAIS	47	47	48
L. TOTAIS	47	47	47

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: CÍRCULIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS CÍRCULIFORMES 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 RESIDUAL (L/UNIDADE(S)) CONSUMO DE ÁGUA	1.03	44,08

CONSUMO	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
44,08	ÁGUA	44,08	44,08

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

CAIXA Loterias CAIXA
DATA DE EMISSÃO: 06/09/2019
DATA DE VENCIMENTO: 20/10/2019
VALOR DO PAGAMENTO: 44,08
NÚMERO DO PAGAMENTO: 029275157



Atendimento: 1317394

Senha da Classificação:

0179

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

Paciente: 479662 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

Cap: 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



JRA 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:

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

Idade: URGÊNCIA - AMARELO

Ass Principal:

Programa sintoma:

Eliminador(es):

Localidade:

ORTOPEDIA SOLICITA AVALIAÇÃO DA CLÍNICA MÉDICA

TRAUMA

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

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: 15/06/1967 Idade: 50 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

139

Bairro: CRUZ DO REBOUCAS

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Cep: 53525219

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:

Horas:

Queixa Principal:

Exame Físico:

Hipótese Diagnóstica

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório

() Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico

Procedimento: Susana Cavallotti
Ginecologia / Ginecologia
CEMPE 0508



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: 13/08/1957
Sexo: Feminino
Idade: 60
Senha: 0155
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 04/07/2018 11:01 - 04/07/2018 11:02
ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 84402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA - AMARELO
Cor: AMARELO

Queixa Principal: TRAZIDO PELOS BOMBEIROS
COM TRAUMA EM TORAX
RELATO DE GOLISAO

Salvação: ALERGIA-
HAS-
DM-

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS
Discriminadores: - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS
Especificidade: CLÍNICA GERAL

Acolhido(s) por: ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 84402 - 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:

Camacho

Prontuário:

Exame por Dr. Wilson
Jafete Camacho F. S. Neves
Data: 24/07/19
Local: Hospital, Depto. de Cirurgia
Doença: 4.º grau de queimadura
causada por queimadura
causada por Fritadeira
usando óleo

Data:

24/07/19

Assinatura

Dr. Wilson F. S. Neves
Ortopedia / Traumatologia
CRM 10.513



Av. Dr. Sá Pereira, Centro - Igarassu - PE. CEP: 53600-000 - CGC: 12.057.214/0001-02
Fone/Fax: 3543-0506 - e-mail: uhi@igarassu@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: 964717
Nome: JACIARA ALVES DA SILVA
Foi atendido às 15:34h, no dia 04.07.18
Diagnóstico Provável:
FRATURA DE COTA DE COSTAS -
EXCERDO POR ACIDENTE
Tratamento Realizado:
- IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA
- TOMOGRAMAS
Observação: ATUA 09/09/18
REPOUSO POR 07(SETE) DIAS
Cópia de

Médico: CRISTINA

ATENÇÃO: Este documento eletrônico é válido para fins de comprovação.



Atendimento: 1317394

Senha de Classificação:

0179

Data e Hora: 04/07/2018 11:30

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: 53825218

Usuário Atendimento: DAYANNELS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoas Físicas):

Fone:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal:

Exame Físico:

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Terapêutica:

Prescrição Médica:

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico



 GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE SAÚDE - SES HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: _____	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE
CRM: _____ UF: _____ Nº: _____	
End: _____	
Cidade: _____	
Telefone: _____	
Paciente: <u>Juliana Almeida</u> Endereço: _____ Prescrição: <u>Rx 1/30 Du</u> <u>1 Phenylephrine + paracetamol (PAC) 300mg - 1/30</u> <u>1 cp 10 a 4/4h, 2º dia</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 PERNA	
Paciente: <u>Juliana Almeida</u>	Registro: _____
Clinica: <u>8.14</u>	Bom Leito/Enferme: _____
Proim 1000888 14/09/18 Recebido por: J. F. F. da Silva Data: 14/09/18	
Ass. Carimbo/Medic/CRI Data: ____/____/____	



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
EXAMES COMPLEMENTARES



Nome:	Jaciana Alves D. Silva	Idade:	
Registro:	863186	Box/Leito/Enfermaria:	
Exames Solicitados:	- 2015/03/19 - 15/03/19		
Dados Clínicos:	- Fratura Aberta do antebraço - Fratura de rádio		
Data:	19/03/19	Hora:	
Ass. Carimbo/Requisitante:			

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

GGD. 0127



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO

Paciente:	Jaciana Alves	Registro:	
Clínica:	2.86	Box/Leito/Enfermaria:	

Fratura Aberta do antebraço
Fratura de rádio + ulna
do joelho esquerdo
com descolamento
fractura -
e no antebraço.

19/03/2019



Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



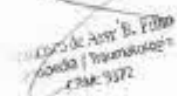
RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO

Paciente:	Jaciana Alves	Registro:	
Clínica:	2.86	Box/Leito/Enfermaria:	

Fratura Aberta do antebraço
Fratura de rádio + ulna
do joelho esquerdo
com descolamento
fractura -
e no antebraço.

30/07/18



Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

atp

Data





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: <i>Procedimento de 1º e 2º grau - 5-6 e 6-6</i>		

19° Procedimento necessário (Consulta/exame): <i>Exame de urina - 20/11/2019</i>

ATENÇÃO: ATRIBUIÇÃO 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

21° Data da Solicitação: ____/____/____	22° Assinatura/Carimbo: _____
---	-------------------------------

AUTORIZAÇÃO/AGENDAMENTO		
23° N° da chave:	24° Data do agendamento:	25° Hora do atendimento:
26° Unidade Executante:	27° Nome do profissional:	
28° Nome do procedimento:		
29° Endereço:		
30° Observações:		



PSL

GARASSU

Nº 1176

PAC. JACIANA ALVES DA

COD. 1111

C.S. 704.2019.6218 6182

TEN	Lombos
US	11 / 12/19
Resumo	6

TRATAMENTO

DIA	HORÁRIO	N. SESSÕES
Seg	8:00	20
OBS: Lombos		
12/12/19		TERAPEUTA
		Marcelo Pin

SESSÕES:

21.02	15 P
21.03	20 P
12.03	20 P
14.03	20 P
21.03	20 P
26.03	20 P
28.03	20 P
02.04	19 P
04.04	19 P
16.04	19 P
20.04	19 P
23.04	19 P
27.04	19 P
03.05	19 P
07.05	19 P
10.05	19 P
14.05	19 P
21.05	2019





SIR

Serviço de Imagem Radiológica

Imagem e Diagnóstico

Imagem e Diagnóstico

Imagem e Diagnóstico

Imagem e Diagnóstico

Paciente: 555639-Jaciara Alves Da Silva
Data: 12/08/2015
Nº Laudo: 12701001
Dat. Nasc.: 18/08/1957

Exame: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUMA DORSAL

TECNICAS DE EXAME

Exames 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.
Corpo vertebral de altura e alinhamento posterior preservados, com osteófitos marginais.
Não há lesões ósseas com características agressivas.
Redução dos espaços intervertebrais D3-D4 e D7-D8.
Não há evidência de hérniação ou protrusão discal, seja difusa ou localizada, nos interespacos avaliados.
Forames de conjugação livres e com amplitudes preservadas.
Tecido moles para-vertebrais sem alterações.

Observação: Protrusões discas posteromedianas em C5-C6 e C6-C7, ambas comprimem a face ventral do saco fecal.

Rodrigo de Paula

Dr. Rodrigo de Paula CRM PE - 11074

Imagem e Diagnóstico

Serviço de Imagem Radiológica

www.sirdiagnostico.com.br



JACIANA ALVES DA SILVA

Idade: 45 anos

SEXO: F

DATA: 27/06/2020

EXM: C

PHILIPS



SIR - São Paulo Medical Artifacts em Linha, tel: (011) 3445-7229 - www.postagraphics.com.br



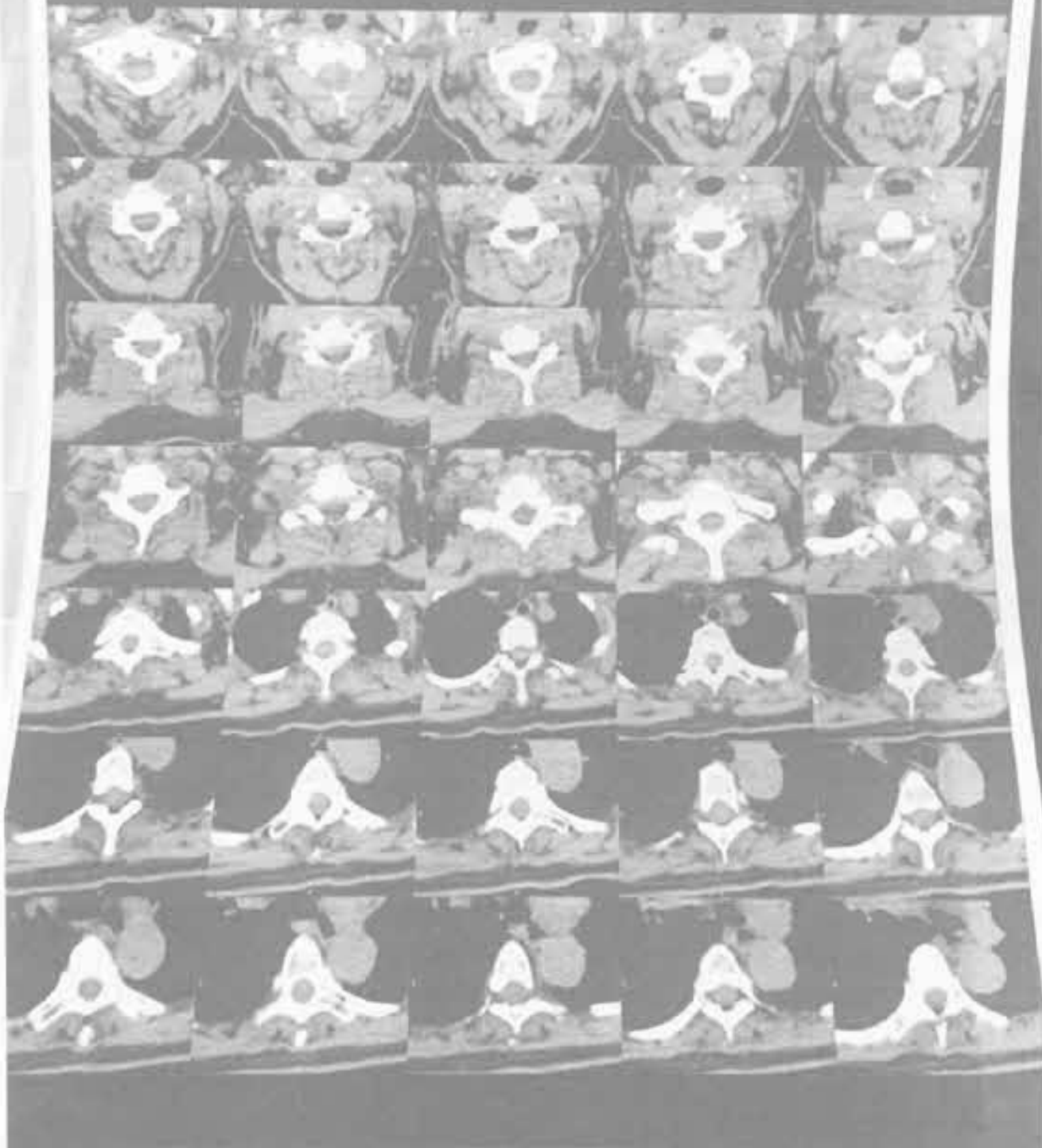
JACIARA ALVES DA SILVA

Dermatologista

Médica

CRM 100.000

R. 107

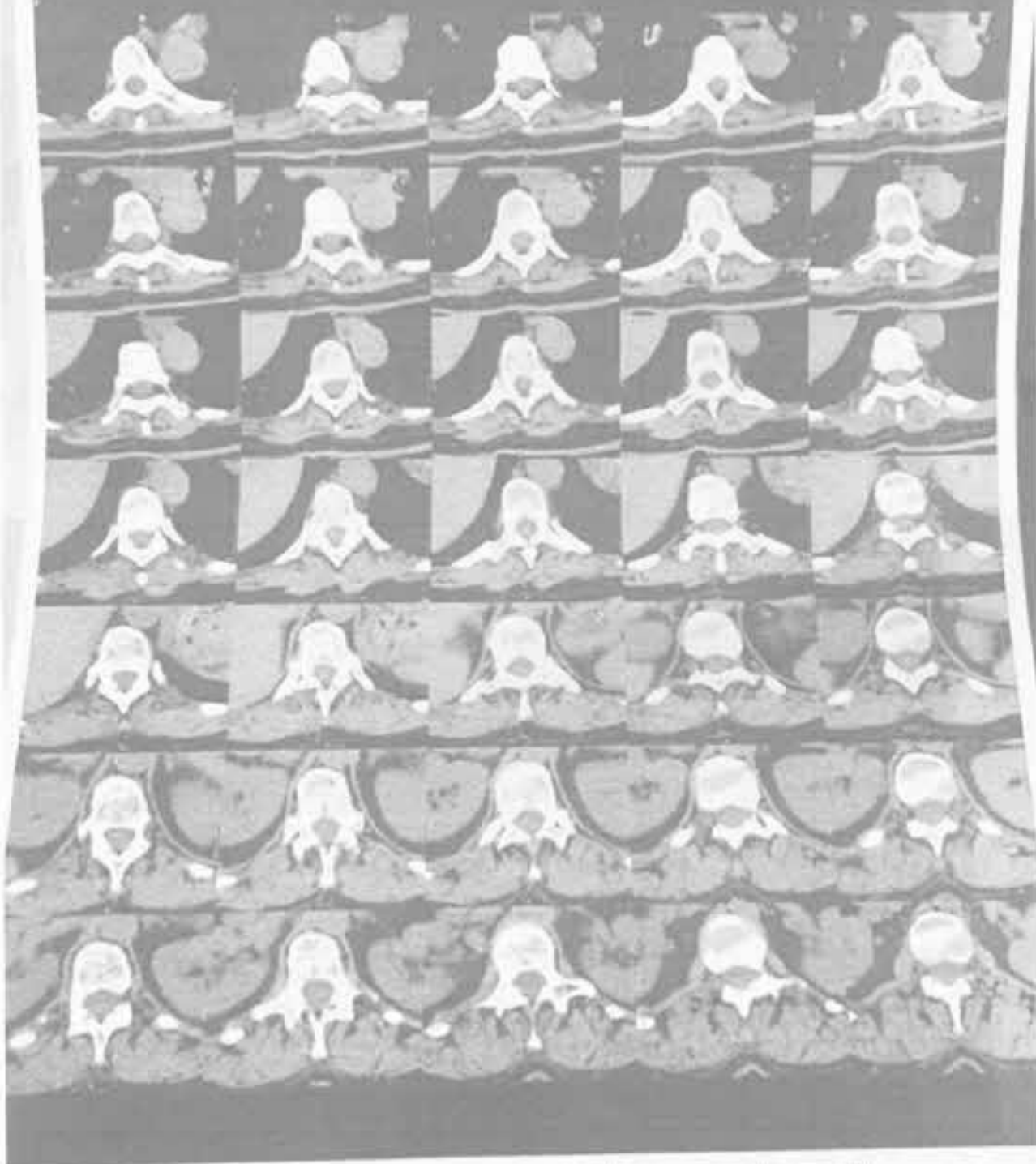


SIR - Rua Monsenhor Antônio Lobo, 68 - Fone: (81)3445-1220 - www.sir diagnostico.com.br



JACIARA ALVES DA SILVA

Exame: RNM
Data: 21/08/2020
Ido: 1

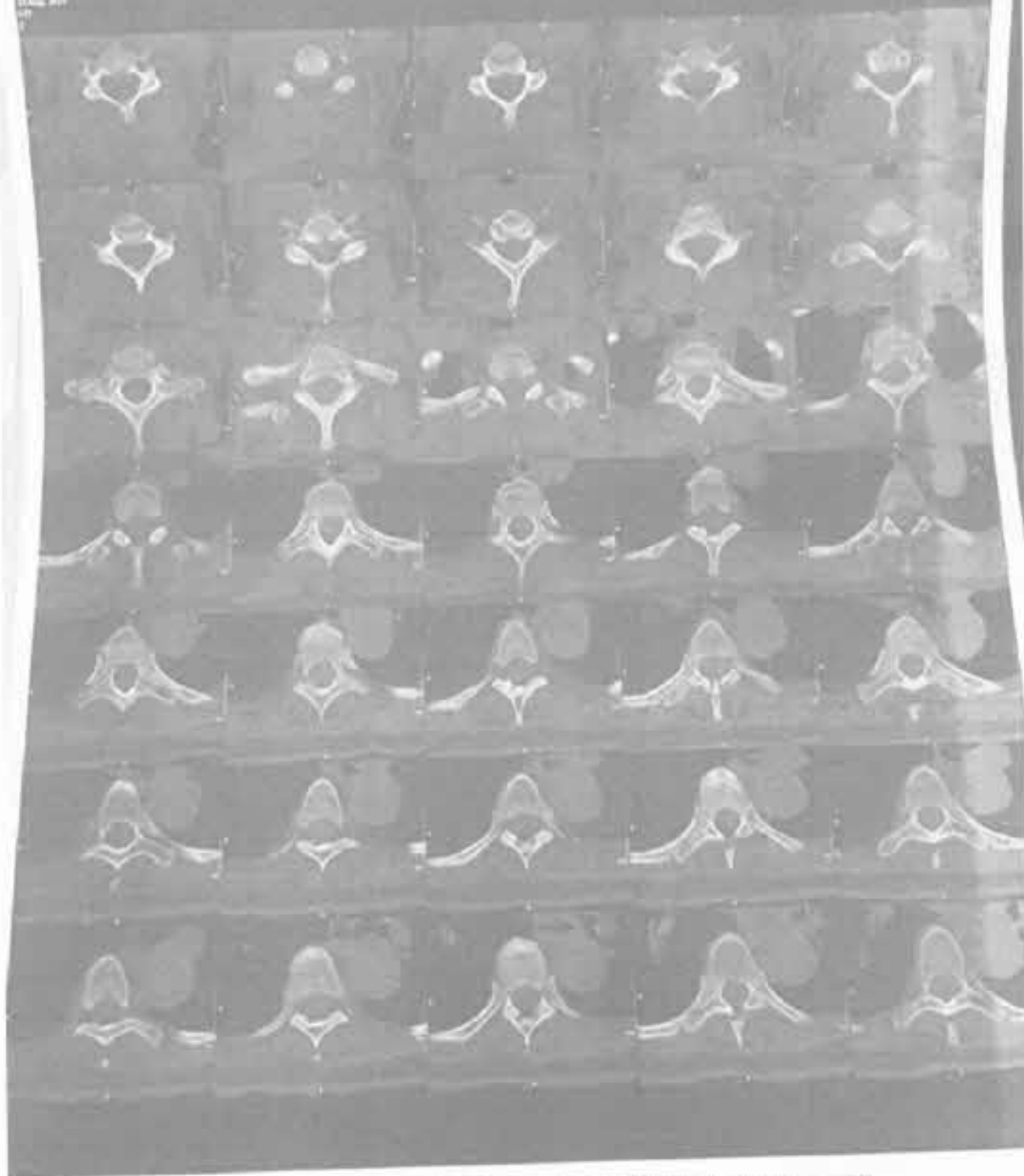


SIR - Rua Marquês de Antunes, 68 - Fone: (011) 3445-1220 - www.sirbrasil.com.br



JACIANA ALVES DA SILVA

Exame: Rente
Data: 07/08/2020
Hora: 14:07



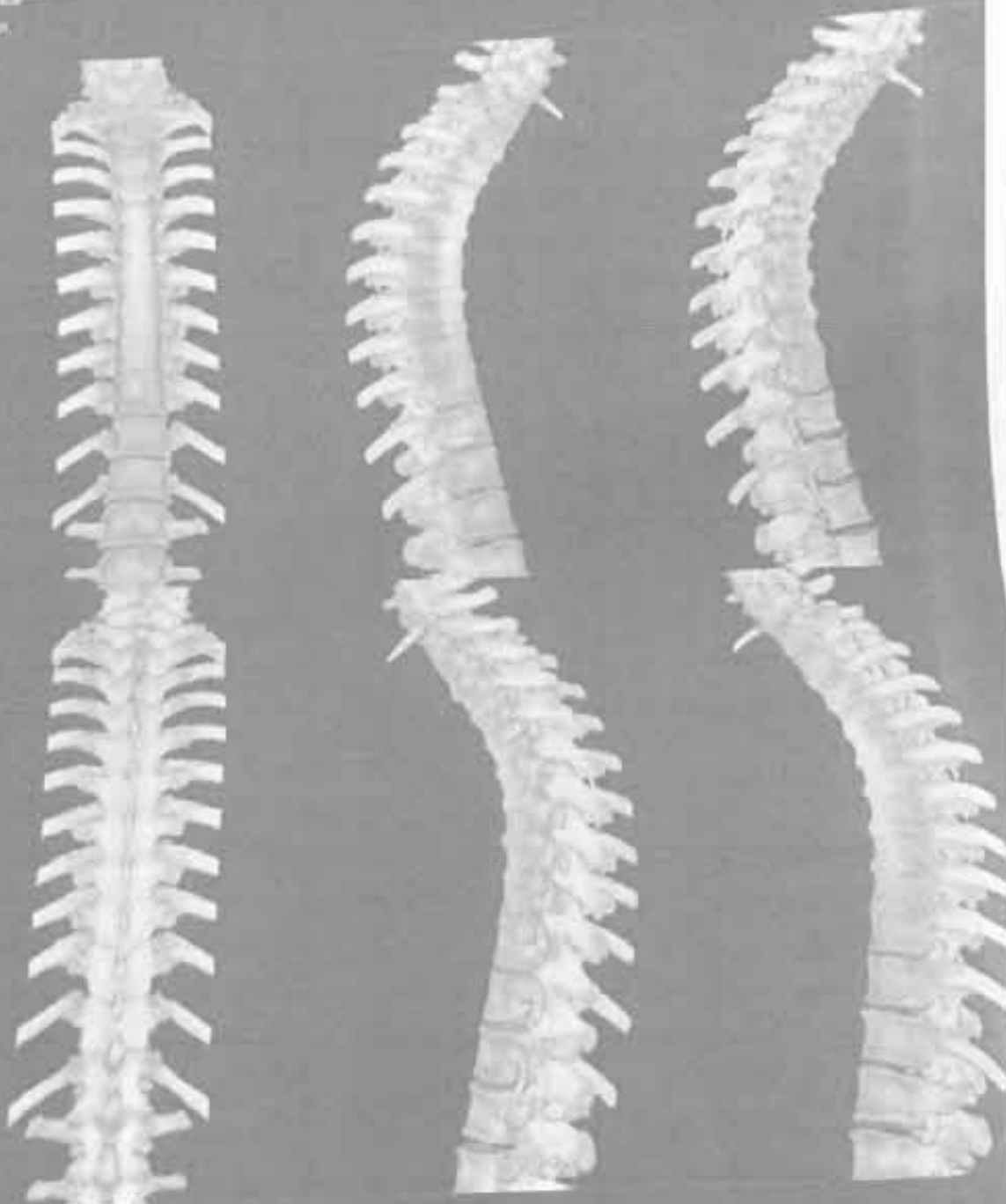
SIR - Rua Monsenhor Antônio Leão, 400 - Fone: (61) 3364-1234 - www.sirbrasil.com.br



JACARA ALVES DA SILVA

Idade: 40
Sexo: F
Data: 08/08/2020

PHILIPS



SIR

Tomografia computadorizada, ressonância magnética, ultrassonografia, diodenoscopia, densitometria óssea, radiologia

JACIANA ALVES DA SILVA

Idade: 70 anos

Sexo: F

27/04/2015

147

PHILIPS



Sede: Rua Manoel de Albuquerque Lima, 181 - Fone: (61) 3445-1220 | www.ambopv.com.br



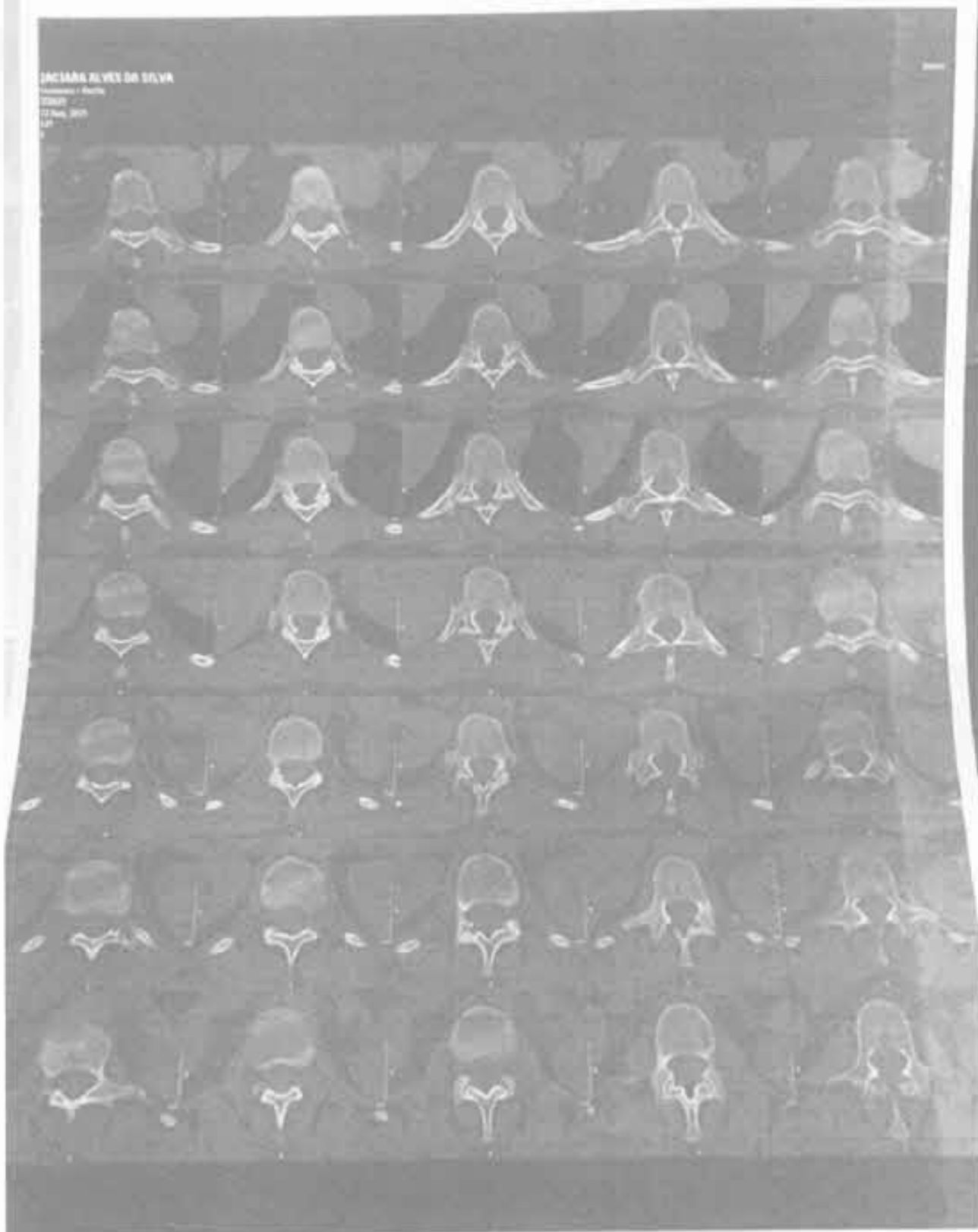
JACIARA ALVES DE SILVA

Endodontia e Radiologia

2020

12 Nov 2020

127





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 sequelas

Data do exame físico: 13/12/2019

Conduta mantida:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429856/19
Vítima: JACIARA ALVES DA SILVA
CPF: 801.668.574-91
Seguradora: ARJANA 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

JACIARA ALVES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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. Nexô 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 sequelas permanentes" (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 Faria Neves - CRM 17742 - PE

