

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VERONILZA COSTA DE ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00542-8

CONTA: 000010075720-0

Nr. da Autenticação 28615FAA228B4D19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190520841 **Cidade:** Arapiraca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VERONILZA COSTA DE ARAUJO **Data do acidente:** 18/08/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO QUINTO METATARSO ESQUERDO.;
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO PACIENTE APRESENTA COM ALTERAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO. OS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO ESTÃO ALTERADOS EM 45 GRAUS DA GONIOMETRIA DO OMBRO. PACIENTE COM DIFICULDADE NOS MOVIMENTOS DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO SEM FLEXÃO DOS DEDOS, COM ALTERAÇÃO FUNCIONAL DIFICULTANDO EM DEAMBULAR.

Resultados terapêuticos: PACIENTE COM DIFICULDADE NOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO. DIFICULDADE NOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Inc.

134

4132

ROT: 215, 22, 005, 002516

29

1

10

29

•

✱✱

1

33

• 82

—

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Maria Isabel de Lima Oliveira,

RG nº 3094452-1, data de expedição 06/01/2012

Órgão SSP/AL, CPF nº 069.916.644-23,

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua São Cristóvão</u>
Número	<u>835</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Pimenteira</u>
Cidade	<u>Aracaju-SE</u>
Estado	<u>Alagoas</u>
CEP	<u>57.354-400</u>
Tel. de contato	<u>82-99620-6671</u>
E-mail	<u>isabeloliveira@outlook.com</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Aracaju-AL, 06 de Setembro de 2019

Maria Isabel de Lima Oliveira

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022 81 09 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022 12 06 | Central Quilombo: 0800-021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário e parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www3.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOC/ORIGINAL.ASPX?TIPO=18.CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA AFETA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO IMPLICANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES LICITAS PREVISTAS NA Lei nº 9.313/98.

Pelo exposto, eu

Maria Isabel de Lima Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 069.916.694, 23, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Wenelga Costa de Araújo

inscrito (a) no CPF sob o nº 927.039.846, 72,

do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade permanente da vítima Wenelga Costa de Araújo

inscrito (a) no CPF sob o nº 927.039.846, 42, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: Advogada Renda: e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e por fim da prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço anexo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua São Cristóvão, 71 - 895</u>	Número: <u>895</u>	Complemento: <u>Prédio de Aluguel</u>
Bairro: <u>Prumaneira</u>	Cidade: <u>Aracaju</u>	Estado: <u>AL</u>
E-mail: <u>isabeloliveiraad@outlook.com</u>	CEP: <u>57.304-400</u>	Tel. (DDD): <u>082.99620-6673</u>

Local e Data: Aracaju-AL, 28 de agosto de 2019

Maria Isabel de Lima Oliveira

Assinatura do Declarante

Alto MCR, ECG

MS/DATASUS

UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO AGRESTE

No. DO BE: 614973

DATA: 18/08/2018

HORA: 23:38

SETOR: 11 - SALA CURATIVOS E SUTURAS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: VERONILZA COSTA DE ARAUJO

DOC: WASHINGTON

IDADE: 48 ANOS NASC: 15/09/1969

SEXO: FEMININO

ENDEREÇO: RESGATE RUA DEIMIRO GOUVEIA

NÚMERO:

COMPLEMENTO:

BAIRRO: ALTO DO CRUZEIRO

MUNICÍPIO: ARAPIRACA

UF: AL

CEP:

NOME DA MÃE: MARIA DE LOURDES DA SILVA

RESPONSÁVEL: SAMU USB 04

TEL:

LOCAL DE PROCEDÊNCIA: ARAPIRACA

MOTIVO DO ATENDIMENTO: ATROPELAMENTO POR CARRO

CASO POLICIAL: NÃO

PLANO DE SAÚDE: NÃO

TRAUMA: SIM

ACID. TRABALHO: NÃO

VEIO DE AMBULÂNCIA: SIM

PA:

X

MMHG:

PULSO:

TEMP:

EXAMES COMPLEMENTARES:

[]

RAIO X

[]

SANGUE

[]

URINA

[]

TC

[]

LIQUOR

[]

ECG

[]

ULTRASSONOGRAFIA

DADOS CLÍNICOS:

Atropelamento no cruzamento de ruas
A: Vias aéreas livres; curtos múltiplos, dolorosa
B: Exame de consciência: N.O. em GCS 11/14
C: Coração, abdome ferido
D: ECG em papel milimetrado e fotopapeleto

E: Exame de
em p.d., p.e.
pos.

DIAGNÓSTICO: Politrauma

CID:

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO DA MEDICAÇÃO

LOGÍSTICA

Enx. Útero-lig. f. 100ml, IV
Diprison, 19, 20 mg, IV
Fentanila, 200, 20 mg, IV
Atorvastatina, 20, 20 mg, IM
TCs de Uretra, curtos, múltiplos

DATA 18/08/18

HORA 00:23

UNICO

TC de Uretra e Uretero

TC de Uretra e Uretero

DATA DA SAÍDA:

ALTA: [] DECISÃO MÉDICA

[] A PEDIDO

[] JUIZ REVELA

[] DESISTÊNCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

INTERNACAO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

ÓBITO: [] ATE 48HS

[] APÓS 48HS

[] FAMILIA

[] IME

[] ANAT. RATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

UNIDADE DE EMERGENCIA DO AGRESTE

DATA: 18/08/2018

HORA: 23:38

SETOR: 11 - SALA CURATIVOS E SUTURAS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: VERONILZA COSTA DE ARAUJO

IDADE: 48 ANOS

SEXO: FEMININO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

[illegible]



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

CNPJ: 04.710.210/0001-24
RODOVIA AL 220 KM/2, BAIRRO SENADOR ARNON DE MELO
CEP: 57300-970 / FONE: (0**82) 3521-4781
ARAPIRACA - AL



ATESTADO MÉDICO

NOME:

Vanderleide Costa de Araujo

DN:

1-PATOLOGIAS APRESENTADAS (CID-10):

to de clavícula direita - 5.

2 - TERAPÊUTICAS REALIZADAS:

medicamentos

3 - CONSIDERAÇÕES:

paciente de quadro de fratura de clavícula
direita, tratado por 30 dias, para reabilitação.

conferir 6/0
original 12.12.18
①

ARAPIRACA 23 DE 11 DE 20 16

MÉDICO ASSISTENTE



SESAU - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly

RELATÓRIO MÉDICO

Nome do paciente: Verônica Costa de Araújo

Endereço: Rua Telles - Jardim

Arapiraca

Número do prontuário (ou Boletim de Emergência): 35804

Data de Entrada: 18/08/18

Data de Saída: 12/09/18

Wf: Exatidão, exatidão ao S. P. H. 57
y. L. S. exatidão P. H. 57

Wf: h. m. + exatidão

confere c1
original
12.12.18

Arapiraca-AL, 25 de Setembro de 2018.

Dr. Marcos José G. dos Reis
Médico Especialista em Medicina
Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly
Arapiraca - Alagoas

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

30/05/1978

PRIMEIRO DE JULHO DE 1978

DIÁRIO OFICIAL DE 1978

DIÁRIO OFICIAL DE 1978

DIÁRIO OFICIAL DE 1978

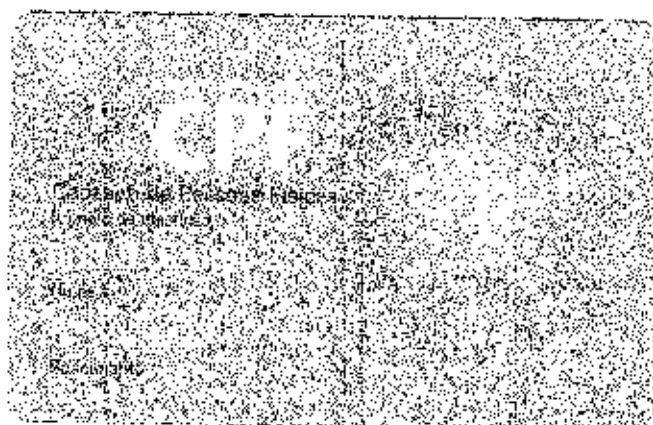
DIÁRIO OFICIAL DE 1978

DIÁRIO OFICIAL DE 1978

DIÁRIO OFICIAL DE 1978

CARTELA DE IDENTIFICAÇÃO

DIÁRIO OFICIAL DE 1978





ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PERÍCIA OFICIAL DO ESTADO DE ALAGOAS - (PO/AL)
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE ARAPIRACA



LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO (LESÃO CORPORAL)
PROTOCOLO Nº 03852/18

Aos 12 dias do mês de DEZEMBRO do ano dois mil e dezoito (2018), nesta cidade de Arapiraca, no INSTITUTO MÉDICO LEGAL DE ARAPIRACA, presente o Perito Médico Legal da Perícia Oficial do Estado de Alagoas, DR. EDVALDO CASTRO ALVES, abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor deste órgão, de acordo com o disposto nos artigos 159 e 178 do Código de Processo Penal, para realizar o exame pericial em: VERONILZA COSTA DE ARAÚJO, nascida em 15.09.1969, alagoana, filha de Augusto Costa de Araújo e Maria de Lourdes da Silva, residente na Rua Paulo VI, 109, Primavera, Arapiraca-AL, a fim de ser atendida a requisição: PARA FINS PARTICULARES, descrevendo com verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrou, descobriu e observou, bem assim para responder aos seguintes quesitos: 1º Se há ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente; 2º Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa; 3º Se foi produzida com emprego de veneno, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel; 4º Se resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou aceleração de parto (resposta específica); 5º Se resultou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilização de membro, sentido ou deformidade permanente, ou aborto (resposta específica). Em consequência, passou o perito a fazer o exame e investigações que julgar necessárias, findo o qual declarou o seguinte:

HISTÓRICO: Pericianda relata acidente de trânsito às 22:40h do dia 18.08.2018, no bairro Alto do Cruzeiro-Arapiraca-AL. Relatório médico do H.E. Dr. Daniel Houly, datado de 25.09.2018 e assinado pelo Dr. Marcos Guerra com CRM 3599, onde relata fratura exposta do 5º metatarso direito, com lesão extensa das partes moles; tratamento realizado: limpeza e curativo. Atestado médico datado de 23.11.2018 e assinado pelo Dr. Pedro Maciel Costa com CRM 6574, onde relata fratura da clavícula direita.

EXAME MÉDICO: Pericianda com tipóia localizada sobre o membro superior direito. Cicatriz de 3cm de comprimento, sentido oblíquo, localizada na região frontal à direita. Rastro escoriativo localizado na região orbitária direita. Cicatriz de 20cm de comprimento, que se estende da região maleolar interna, face interna do pé e região dorsal do pé esquerdo. 3 (três) cicatrizes quelóideanas, localizadas superpostas horizontalmente, sendo a menor de 0,5cm de comprimento e a maior de 3cm de comprimento, localizadas no terço inferior da perna esquerda. Rastro escoriativo amplo, localizado sobre a face dorsal do pé esquerdo. Cicatriz quelóideana de 3cm de comprimento, irregular, localizada na região do calcâneo direito. Pelo que passou o perito a responder aos quesitos de lei:

Ao 1º- Sim.

Ao 2º- Instrumento Contundente.

Ao 3º- Não.

Ao 4º- Sim, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias, oriunda de fratura de clavícula e metatarso do pé direito. Sim, debilidade de membro em sentido e função, oriunda de fratura de clavícula direita.

Ao 5º- Não.

Nada mais havendo a respeito do assunto, deu-se por encerrado o presente laudo, que vai assinado pelo Perito Médico Legal. Eu, Anne Caroline de Oliveira Costa, que o digitei e assino _____
Instituto Médico Legal de Arapiraca, aos 07 de maio de 2019.

DR. EDVALDO CASTRO ALVES
Perito Médico Legal

Edvaldo Castro Alves
CPF: 129.584.334-04
CRM/AL - 1708

☐ MORTE

2. Nome completo da Vendedora: Shirley Pereira de Almeida

65-15870-844-72

5-30-180

99620-6074

[illegible]

471264 SE 945 0/00 3M

 Commissie Economische Samenwerking

ASOCIADA:

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do período

24 - பிள்ளைகள்
நிர்வாகணம்

15 - Se o vitorioso receber um telefonema (st. informar o nome completo)

33 - Viburnum ciliatum

12 - (C) Assinatura de cargo assinada pelo(a) codificado

UPC:

Assinatura da sistemugha

30 - 22 : Name:

CF:

Aggregierung der Kostenrechnung

40 - Local e Data: 14/06/2012, 14 de Junho de 2012

422 *Aspirantes do Ministério Público Federal*

42. Assinatura do Representante Legal do Suscriptor

43 - Abschluss des Prozesses (siehe oben)

COBAN:EDADA LOJA:044.299.782
05/11/2019 BANCO DO BRASIL 12171159
0542/0050 0771
COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM ESPÉCIE
EM DINHEIRO

CLIENTE: VIVIANE A SOEIRA DE ASSIS
AGÊNCIA: 0542 8 CONTA: 70.720-5 960151
DATA 05/11/2019
VAL. DOCUMENTO 5.421.840,400,771
VALOR DIFERENÇA 4,00
VALOR TOTAL 4,00
NR. AUTENTICAÇÃO 8.140.324.549.050 80

Credita a partir de 04-05-2012 pelas
disposições da Lei 12.732.

Maria Isabel de L. Oliveira

ADVOGADA

CRMAL 2046

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: VERONILZA COSTA DE ARAÚJO, brasileira, alagoana, do lar, divorciada, portadora do RG n. 59.430.562-7 SSP/AL, CPF sob o n. 927.039.844-72, residente e domiciliada à Rua Paulo Sexto, n. 109, Primavera, CEP – 57.304-180, Arapiraca-AL.

OUTORGADA: MARIA ISABEL DE LIMA OLIVEIRA, brasileira, cearense, advogada, OAB/AL n. 17.045, portadora do RG sob o n. 3694452-1, inscrita no CPF sob o n. 069.916.694-23, com endereço eletrônico: isabeloliveiraadv@outlook.com, com escritório profissional à Rua São Cristóvão, n. 895, Primavera, CEP – 57.304-400, Arapiraca-AL.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo minha bastante procuradora a outorgada acima qualificada, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo a outorgada poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT para a vítima VERONILZA COSTA DE ARAÚJO.

ARAPIRACA/AL, 03 de setembro de 2019.

3º Ofício
Arapiraca-AL

Veronilza Costa de Araújo

OUTORGANTE



3º SERVIÇO NOTARIAL
Rua Estudiante José de Oliveira Leite, Nº 150
Arapiraca - AL - Fone/Fax (82) 3521-3224
Reconhecido por AUTENTICAÇÃO (Assinatura) de:
Substituta
Margarida de Macedo Fernandes
Cristina M. de Melo Lima
Tabela: Pública
Em Testemunho
Arapiraca-AL, 03 de 09 de 2019
Tabela
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICAÇÃO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0310023/19

Vítima: VERONILZA COSTA DE ARAUJO

CPF: 927.039.844-72

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 18/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VERONILZA COSTA DE ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

MARIA ISABEL DE LIMA OLIVEIRA : 069.916.694-23

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

VERONILZA COSTA DE ARAUJO : 927.039.844-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/09/2019
Nome: MARIA ISABEL DE LIMA OLIVEIRA
CPF: 069.916.694-23

MARIA ISABEL DE LIMA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2019
Nome: Eduardo Sosthenes Barreto Suares Junior
CPF: 043.020.564-36

Eduardo Sosthenes Barreto Suares Junior

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190520841

Vítima: VERONILZA COSTA DE ARAUJO

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA ISABEL DE LIMA OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VERONILZA COSTA DE ARAUJO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190520841

Vítima: VERONILZA COSTA DE ARAUJO

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA ISABEL DE LIMA OLIVEIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), VERONILZA COSTA DE ARAUJO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190520841

Vítima: VERONILZA COSTA DE ARAUJO

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA ISABEL DE LIMA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VERONILZA COSTA DE ARAUJO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: VERONILZA COSTA DE ARAUJO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000000542-8

Conta: 000010075720-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF de vítima:

927.039.841-72

4 - Nome completo da vítima:

Veronilza Costa de Araújo

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

5 - Nome completo:

Veronilza Costa de Araújo

6 - CPF:

927.039.841-72

7 - Profissão:

Des. Adv.

8 - Endereço:

Rua Paulo VI

9 - Número:

109

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Piumeira

12 - Cidade:

Aracaju

13 - Estado:

AL

14 - CEP:

57.304-130

15 - E-mail:

veronilza.costa@uol.com.br

16 - Tel. (DDD):

82-99830-2221

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUQUANÇA (Somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Somente os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0056

CONTA: 000.000.000.541

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe 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 não fui impedido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalar uma das opções:

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou 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:

☐ Vivos ☐ Falecidos

30 - Vítima deixou nascituro (s) (vivo(s))?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ 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 responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Aracaju - AL, 26 de agosto de 2019

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



ASSO-ATENDIMENTO: 89/0430 DE JERAGUA
DATA: 06/09/2019 HORA: 10:29:21
TERMINAL: 48101024 CONTROL E: 481010040075

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0000-0013-002879579-5
NOME: VERONILZA COSTA DE ARAUJO
TIPO DE CONTA: 013 - POUPEANCA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 62 9626-8624

NUMERO DO ENVELOPE: 4829413882

A confirmação do depósito se dá pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726-0101

Brasão da CAIXA: 2000-25 7474

www.caixa.gov.br

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190520841
Nome do(a) Examinado(a): Veronilza Costa de Araujo
Endereço do(a) Examinado(a): R Paulo VI, 109
Primavera Arapiraca AL CEP: 57304-180
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SEDS / AL] 594305627
Data local do acidente: [18/08/2018]
Data local do exame: [30/09/2019] Arapiraca [AL]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA EXPOSTA DO QUINTO METATARSO ESQUERDO.;
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.**

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

**Tratamento: PACIENTE DEU ENTRADA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO AGRESTE DR DANIEL HOULY NO DIA 18/08/2018 PARA TRATAMENTO CONSERVADOR.
SAÍDA NO DIA 12/09/2018.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES
Data da Alta: 12/09/2018**

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

AO EXAME FÍSICO PACIENTE APRESENTA COM ALTERAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO. OS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO ESTÃO ALTERADOS EM 45 GRAUS DA GONIOMETRIA DO OMBRO. PACIENTE COM DIFICULDADE NOS MOVIMENTOS DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO SEM FLEXÃO DOS DEDOS, COM ALTERAÇÃO FUNCIONAL DIFICULTANDO EM DEAMBULAR.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

**PACIENTE COM ALTERAÇÕES FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO.
ALTERAÇÕES FUNCIONAL DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO.**

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 o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


CARDIOLOGISTA
CRM 2544
CPF: 208.277.584-82



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DE ARAPIRACA
ARAPIRACA - AL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015539/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/11/2018 14:44 Data/Hora Fim: 28/11/2018 15:02
Delegado de Polícia: Cícero Torres Sobrinho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito de Arapiraca
Data/Hora do Fato: 18/08/2018 23:00

Local do Fato

Município: Arapiraca (AL)
Logradouro: Rua Delmiro Gouveia

Bairro: Alto do Cruzeiro

Ponto de Referência: Próximo ao Memorial da Mulher
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO (SUSPEITO AUTOMOTORISTA)
Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Arapiraca - AL

Nome Civil: VERONILZA COSTA DE ARAUJO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AL - Lagoa da Canoa Sexo: Feminino Nasc: 15/09/1965
Profissão: Do Lar
Estado Civil: Divorciado(a)
Nome da Mãe: Maria do Lourdes da Silva Nome do Pai: Augusto Costa de Araújo

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 927.939.844-72

Endereço

Município: Arapiraca - AL
Logradouro: Rua Paulo VI Nº 109
Bairro: Primavera CEP: 57.304-189
Telefone: (82) 99686-1997 (Celular)

Nome Civil: JOÃO BATISTA DA SILVA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AL - Batate Sexo: Masculino Nasc: 05/09/1963
Profissão: Comerciante
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Eliete Maria da Silva Nome do Pai: Cícero Honorato da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 914.070.864-33

Endereço

Delegado de Polícia: Cícero Torres Sobrinho
Impresso por: Cledson Marcos
Data de Impressão: 28/11/2018 15:02
Protocolo nº: Não disponível

Delegado de Polícia: Cícero Torres Sobrinho
Impresso por: Cledson Marcos
Data de Impressão: 28/11/2018 15:02
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PDe - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015539/2018

Município: Arapiraca - Al

Logradouro: Rua Domingos Evangelista

№:106

Seirró: Manoel Teles

Telephone: (82) 99500-2038 (Celular)

Nome Civil: PEDRO FERNANDES DE OLIVEIRA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturajidat: CE - Vârzea Aleasă

Sexo: Masculino

№яс: 24/08/1958

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Isabel de Oliveira

Nome do Pac: Otilio Fernandes de Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 131.348.178-46

Enderesco

Município: Arapiraca - AL

Logradouro: Rua São Cristóvão

Nº: 615

Βαίτο; Πριπλγγορα

Telephone: (82) 99973-2940 (Cellular)

Objeto(s) Envolvido(s): Receita Federal de Armas

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S):

Nenhum Objeto Informado

RELATQ/HISTÓRICO

Advertido do que fazer comunicação falsa à Polícia é crime, sujeitando o infrator as penas previstas em lei, notícia a comum cantarevita que no dia, hora e local do fato supracitado estava chavassando a rua, quando um carro, não identificado, avançou o sinal vermelho e o atropelou, tendo a mesma sido socorrida pelo SAMU para a Unidade de Emergência de Arepilaca. A vítima logo do dia do acidente até o dia 12/03/2018 internada naquela unidade hospitalar, tendo sofrido fratura da clavícula direita, pé esquerdo e calcanhar direito, além de um corte profundo na cabeça e um joelho esquerdo.

O motorista do carro não parou em momento algum após o acidente, tendo se afastado sem prestar qualquer socorro.

A vítima e as testemunhas não sabem informar as características do veículo envolvido no acidente, apenas que era um "carro baixo" (veículo de passeio).

Foram apresentados nesta Delegacia os documentos pessoais da vítima, relatório médico da Unidade de Emergência, assinado pelo Dr. Marcos José Guerra dos Reis, CRM/PA 3539, Boletim de Emergência nº 614.073, declaração de abandono do SAMU e duas testemunhas.

ASSINATURAS

Gledson Metos
Gledson Metos
Responsável pelo Atendimento

Cledson Metos
Reservado pelo Autorização

CLEDSON MATOS
Escrivão de Polícia
Mat 300 474-0

Veroniza Costa de Araujo
Veroniza Costa de Araujo
(Comunicante / Membro)

Verníza Costa de Araújo
(Comunicante / Visante)

© 2004 por los autores. Los derechos de autor y los derechos de impresión para esta obra han sido reservados a todos los que poseen, "en todo o en parte", cualquier derecho de autor, sobre la totalidad o parte de la obra. La obra es propiedad de la "Fundación de la Universidad de la República".



Delegado de Polícia Civil: Cícero Tunes Sobrinho
Impresso por: Cleiton Adatos
Data de impressão: 28/04/2018 15:02
Emprego nº: Não disponível

Página 2 de 2

SP - Sistema de Procedimentos de Polícia



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PERÍCIA OFICIAL DO ESTADO DE ALAGOAS - (PO/AL)
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE ARAPIRACA



LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO (LESÃO CORPORAL)
PROTOCOLO Nº 03852/18

Aos 12 dias do mês de DEZEMBRO do ano dois mil e dezoito (2018), nesta cidade de Arapiraca, no INSTITUTO MÉDICO LEGAL DE ARAPIRACA, presente o Perito Médico Legal da Perícia Oficial do Estado de Alagoas, DR. EDVALDO CASTRO ALVES, abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor deste órgão, de acordo com o disposto nos artigos 159 e 178 do Código de Processo Penal, para realizar o exame pericial em: VERONILZA COSTA DE ARAÚJO, nascida em 15.09.1969, alagoana, filha de Augusto Costa de Araújo e Maria de Lourdes da Silva, residente na Rua Paulo VI, 109, Primavera, Arapiraca-AL, a fim de ser atendida a requisição: PARA FINS PARTICULARES, descrevendo com verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrou, descobriu e observou, bem assim para responder aos seguintes quesitos: 1º Se há ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente; 2º Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa; 3º Se foi produzida com emprego de veneno, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel; 4º Se resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou aceleração de parto (resposta específica); 5º Se resultou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilização de membro, sentido ou deformidade permanente, ou aborto (resposta específica). Em consequência, passou o perito a fazer o exame e investigações que julgar necessárias, findo o qual declarou o seguinte:

HISTÓRICO: Pericianda relata acidente de trânsito às 22:40h do dia 18.08.2018, no bairro Alto do Cruzeiro-Arapiraca-AL. Relatório médico do H.E. Dr. Daniel Houly, datado de 25.09.2018 e assinado pelo Dr. Marcos Guerra com CRM 3599, onde relata fratura exposta do 5º metatarso direito, com lesão extensa das partes moles; tratamento realizado: limpeza e curativo. Atestado médico datado de 23.11.2018 e assinado pelo Dr. Pedro Maciel Costa com CRM 6574, onde relata fratura da clavícula direita.

EXAME MÉDICO: Pericianda com tipóia localizada sobre o membro superior direito. Cicatriz de 3cm de comprimento, sentido oblíquo, localizada na região frontal à direita. Rastro escoriativo localizado na região orbitária direita. Cicatriz de 20cm de comprimento, que se estende da região maleolar interna, face interna do pé e região dorsal do pé esquerdo. 3 (três) cicatrizes quelóideanas, localizadas superpostas horizontalmente, sendo a menor de 0,5cm de comprimento e a maior de 3cm de comprimento, localizadas no terço inferior da perna esquerda. Rastro escoriativo amplo, localizado sobre a face dorsal do pé esquerdo. Cicatriz quelóideana de 3cm de comprimento, irregular, localizada na região do calcâneo direito. Pelo que passou o perito a responder aos quesitos de lei:

Ao 1º- Sim.

Ao 2º- Instrumento Contundente.

Ao 3º- Não.

Ao 4º- Sim, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias, oriunda de fratura de clavícula e metatarso do pé direito. Sim, debilidade de membro em sentido e função, oriunda de fratura de clavícula direita.

Ao 5º- Não.

Nada mais havendo a respeito do assunto, deu-se por encerrado o presente laudo, que vai assinado pelo Perito Médico Legal. Eu, Anne Caroline de Oliveira Costa, que o digitei e assino _____
Instituto Médico Legal de Arapiraca, aos 07 de maio de 2019.

DR. EDVALDO CASTRO ALVES
Perito Médico Legal

Edvaldo Castro Alves
CPF: 129.584.334-04
CRM/AL - 1708



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SUAS
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU REGIONAL ARAPIRACA
R. Silvestre Pereira n.1086 - Jardim Tropical - CEP: 57.616-080 - Arapiraca/AL
Fone: (82) 3530-0085 - CNPJ: 12.200.259/0001-65

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Arapiraca, 10 de Julho de 2019

Conforme solicitado por Veronilza Costa de Araújo, portador (a) de CPF nº 927.039.844-72 e Identidade nº 59.430.562-7, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192 Alagoas Regional Arapiraca, certifica que efetivou o atendimento da ocorrência abaixo:

Dados da Ocorrência:

- 1 - DIA: 18.08.18 às 23h09.
- 2 - LOCAL: Rua Delmiro Gouveia, Alto do Chazeiro, Arapiraca/AL.
- 3 - REFERÊNCIA: Próximo ao Memorial da Mulher.
- 4 - OCORRÊNCIA: Atropelamento por carro.
- 5 - VÍTIMA: Veronilza Costa de Araújo.
- 6 - DESTINO: Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly.
- 7 - UNIDADE SOCORRISTA: USB -04
- 8 - MÉDICO (a) REGULADOR (a): Dr. Guacyra Margarita Batista de Almeida.

Deu ciência da veracidade dos dados acima apresentados.



William Cesar Saraiya
Coord. Médico
CRM:6384/AL

Samu 192 Alagoas - Regional Arapiraca