



Número: **0079546-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANA CLARA FERNANDES SANTOS (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74573690	03/02/2021 15:39	ANEXO 1	Outros (Documento)



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 4020-1586 (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, 29 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200382447 Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Data do Acidente: 06/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANA CLARA FERNANDES SANTOS

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

Pág. 00037002001 - carta_02 -INVALIDEZ



Carta nº 18160813





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 4020-1586 (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 Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200382447

Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Data do Acidente: 06/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA CLARA FERNANDES SANTOS

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\$ 6.750,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que causem com dano

cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 =

R\$ 6.750,00

Recebedor: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000032184290-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 3040303410 - cartão_158 - INVAL. PERM.

000032184





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 4020-1586 (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, 26 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200382447 Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Data do Acidente: 06/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou pericia em 26/11/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pág. 0140301486 - carta_08 - INVALIDEZ



Carta nº 15346518



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200382447

Cidade: Monteiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Data do acidente: 06/03/2020

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico grave com contusão hemorrágica (TC crânio 16.04.2020): hipotenuação córtico-subcortical lobo frontal direito que se estendem aos giros orbitais e reto, inferindo lesão cerebral crônica.

Descrição do exame físico: Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, ausência de atrofia, ausência de assimetrias, marcha normal, força muscular normal, memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor anormal, afeto anormal, discurso fluente, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada, dano cognitivo-comportamental alienante.

Resultados terapêuticos: tratamento cirúrgico com craniotomia, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar. Atualmente em uso de carbamazepina 400 mg e sertralina 100 mg. Mãe refere irritabilidade, crises convulsivas e episódios de agressividade. Vítima queixa de anosmia e cefaleia diária.

Sequelas permanentes: Déficit neurológico moderado.

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 05/11/2020

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
		Total	50 %	R\$ 6.750,00



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regido por sigilo.

Número do Sinistro: 3200382447

Nome do(a) Examinado(a): ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joaquim Nabuco, 41, Santa Cruz do Capibaribe/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP PE / 10582894

Data e local do acidente: 06/03/2020 - Monteiro/PB

Data e local do exame: 06/11/2020 - Caruaru/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.27084, longitude: -35.978

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Traumatismo crânio encefálico grave com contusão hemorrágica (TC crânio 16.04.2020): hipostenuação córtico-subcortical lobo frontal direito que se estendem aos giros orbitais e reto, inferindo lesão cerebral crônica.

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

tratamento cirúrgico com craniotomia, estando em uso de carbamazepina 400 mg e sertralina 100 mg. Mãe refere irritabilidade e episódios de agressividade. Vítima queixa de ansiedade e cataplexia diária.

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

Ao exame físico pélfico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, ausência de atrofias, ausência de assimetrias, marcha normal, força muscular normal, memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor anormal, afeto anormal, discurso fluente, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada, dano cognitivo-comportamental alienante.

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

Sim

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

Sim

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

dano neurológico comportamental, crises convulsivas e ansiedade

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"

☐ "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.

Dano cognitivo-comportamental alienante - Médio - 50%

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



Andre R. Martins
CRM-19923





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE POLÍCIA DE
Rua Maria Salete de Almeida Nunes, nº 67 - Centro - MONTEIRO - PB - 58500-000 - (83) 3361-2147

OCCORRÊNCIA Nº 000484/20

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000484/20 registrada em 21/10/2020, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e um dias do mês de outubro do ano de 2020, nesta cidade de MONTEIRO - PB, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POLÍCIA DE MONTEIRO/PB, quando encontrava-se presente o Bel. GILSON DUARTE ROSAS FILHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 15:03 horas, compareceu a Sra. ANA CLARA FERNANDES SANTOS, com 18 anos de idade, filha de JOSÉ JAIRÓ FERNANDES DE LAGOS e JEANE SANTOS SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE, Solteira, escolaridade Médio Incompleto, profissão ESTUDANTE, portadora da Cédula de Identidade Nº 10582834, expedido pela SSP-PE, com C.P.F. de Nº 10996220462, residindo à rua JOAQUIM NABUCO, Nº 41, bairro SÃO CRISTOVÃO, na cidade de SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE, celular 81-99300.3883.

Declarou que:

Informa a declarante que no dia 06/03/2020 por volta das 11:45 horas, estava como garupa em uma motocicleta Honda/Biz que estava sendo conduzida por seu namorado de nome FAGNER; Quando transitava na BR-412, nas proximidades da clínica de Dr. Wanderley nesta cidade, um motociclista colidiu na motocicleta conduzida por FAGNER a qual perdeu o controle da motocicleta e caiu na pista de rolamento; Que devido a queda da moto a declarante que na época era menor de idade, sofreu uma lesão gravíssima na cabeça por não estar fazendo uso de capacete; Que foi socorrida pelo SAMU de Monteiro para o Hospital Regional Santa Filomena onde foi atendida e posteriormente foi encaminhada para o Hospital de Traumas de Campina Grande/PB; Que deu entrada no Trauma no mesmo dia 06/03/2020 por volta das 18:36 horas, tendo ficado internada com diagnóstico inicial de "Politrauma" e foi submetida a uma cirurgia no dia 07/03/2020 com diagnóstico pré-operatório "CONTUSÃO CEREBRAL" e TCE Moderado, ao todo passou quatorze dias de internação, sendo dez dias de UTI; Que a motocicleta envolvida no acidente é da marca Honda/Biz 125 ES, de cor vermelha, placa PEZ-9208/PE, ano/mod. 2011/2011, chassi 9C2JC4820BR259167, licenciada em nome de Maria Verônica Ferreira dos Santos; Que registra esta ocorrência para requerer o Seguro DPVAT Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expede a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

MONTEIRO - PB, Quarta-feira, 21 de Outubro de 2020

ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Declarante

L. O. BEZERRA DE FREITAS

Escrivão





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do evento do ACL: 3 - CPF do vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FIM DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. Nº 405/2022

5 - Nome completo: 6 - CPF do vítima: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Telefone: 17 - Data de nascimento:

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: ☐ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R. 1,00 A R. 1.000,00 ☐ R. 1.001,00 A R. 2.500,00 ☐ R. 2.501,00 A 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 POUPANÇA (concorrente para os bancos abaixo. Assinale um opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (943) ☐ Banco do Brasil (204) ☐ Caixa Econômica Federal (309)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: 22 - Agência: 23 - Conta: 24 - Agência: 25 - Conta:

26 - Agência: 27 - Conta: 28 - Agência: 29 - Conta:

30 - Agência: 31 - Conta: 32 - Agência: 33 - Conta:

34 - Agência: 35 - Conta: 36 - Agência: 37 - Conta:

38 - Agência: 39 - Conta: 40 - Agência: 41 - Conta:

42 - Agência: 43 - Conta: 44 - Agência: 45 - Conta:

46 - Agência: 47 - Conta: 48 - Agência: 49 - Conta:

50 - Agência: 51 - Conta: 52 - Agência: 53 - Conta:

54 - Agência: 55 - Conta: 56 - Agência: 57 - Conta:

58 - Agência: 59 - Conta: 60 - Agência: 61 - Conta:

62 - Agência: 63 - Conta: 64 - Agência: 65 - Conta:

66 - Agência: 67 - Conta: 68 - Agência: 69 - Conta:

70 - Agência: 71 - Conta: 72 - Agência: 73 - Conta:

74 - Agência: 75 - Conta: 76 - Agência: 77 - Conta:

78 - Agência: 79 - Conta: 80 - Agência: 81 - Conta:

82 - Agência: 83 - Conta: 84 - Agência: 85 - Conta:

86 - Agência: 87 - Conta: 88 - Agência: 89 - Conta:

90 - Agência: 91 - Conta: 92 - Agência: 93 - Conta:

94 - Agência: 95 - Conta: 96 - Agência: 97 - Conta:

98 - Agência: 99 - Conta: 100 - Agência: 101 - Conta:

102 - Agência: 103 - Conta: 104 - Agência: 105 - Conta:

106 - Agência: 107 - Conta: 108 - Agência: 109 - Conta:

110 - Agência: 111 - Conta: 112 - Agência: 113 - Conta:

114 - Agência: 115 - Conta: 116 - Agência: 117 - Conta:

118 - Agência: 119 - Conta: 120 - Agência: 121 - Conta:

122 - Agência: 123 - Conta: 124 - Agência: 125 - Conta:

126 - Agência: 127 - Conta: 128 - Agência: 129 - Conta:

130 - Agência: 131 - Conta: 132 - Agência: 133 - Conta:

134 - Agência: 135 - Conta: 136 - Agência: 137 - Conta:

138 - Agência: 139 - Conta: 140 - Agência: 141 - Conta:

142 - Agência: 143 - Conta: 144 - Agência: 145 - Conta:

146 - Agência: 147 - Conta: 148 - Agência: 149 - Conta:

150 - Agência: 151 - Conta: 152 - Agência: 153 - Conta:

154 - Agência: 155 - Conta: 156 - Agência: 157 - Conta:

158 - Agência: 159 - Conta: 160 - Agência: 161 - Conta:

162 - Agência: 163 - Conta: 164 - Agência: 165 - Conta:

166 - Agência: 167 - Conta: 168 - Agência: 169 - Conta:

170 - Agência: 171 - Conta: 172 - Agência: 173 - Conta:

174 - Agência: 175 - Conta: 176 - Agência: 177 - Conta:

178 - Agência: 179 - Conta: 180 - Agência: 181 - Conta:

182 - Agência: 183 - Conta: 184 - Agência: 185 - Conta:

186 - Agência: 187 - Conta: 188 - Agência: 189 - Conta:

190 - Agência: 191 - Conta: 192 - Agência: 193 - Conta:



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	12/11/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000032184290-5

Nr. da Autenticação 41A5BEA8583A062C



Modelo de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1430060421

CELEPE COMPAHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JONAS DE BARROS, 112 BOA VISTA RECIFE, PERNAMBUCO CEP: 50050-100 CNPJ: 06.425.302/0001-16 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 505848-93		Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 90.481, de 28/9/92 GOWERNOS, 115 (PRONTIDÃO 115) Atendimento ao cliente através do site: 0800 261 0642 Ouvidoria: 0800 262 6099 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPS: 0500 727 0167 Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167 Ligação Gratuita de telefones fixos a tarifa na origem para telefones celulares
---	--	--

DADOS DO CLIENTE: ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES	DATA DE VENCIMENTO 14/04/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 05/04/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 06/04/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 103179050	CONTA CONTRATO 7008475460 CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Não-afísico 51
ENDEREÇO RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 3 CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIMARÉ -55192-305 SANTA CRUZ DO CAPIMARÉ PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 29,31		

PERÍODO CONSUMO 03/03/2020 a 03/04/2020	CONSUMO 36
---	----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 4,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 7,17

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

CONTA CONTRATO 7008475460	MÊS/ANO 04/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 29,31	VENCIMENTO 14/04/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
83830000004 103100110072 808475460109 144919190039				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206, exclusivo para pessoas com deficiência auditiva.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&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 faixa 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguros.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, noticiar, examinar e identificar as economias suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.131/95.

Pelo exposto, eu, Adriano M. Mauro de A. Fernandes, inscrito (a) no CPF 945.234.444, 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paula Clara Fernandes Santos, inscrito (a) no CPF sob o nº 109.992.204, 62, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Paula Clara Fernandes Santos, inscrito (a) no CPF sob o nº 109.992.204, 62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar.

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, 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 Rosário Alves de Azevedo</u>		Número	<u>07</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Santa Cruz do Capibaribe</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
					<u>55172-305</u>	
Email			Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
			<u>81 99700-1998</u>		<u>81 99161-3907</u>	

Santa Cruz 23 de Outubro de 2020
do Capibaribe Local e Data

Adriano M. Mauro de A. Fernandes
Assinatura do Declarante



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2021 15:39:34
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020315393430200000073089898>
 Número do documento: 21020315393430200000073089898



SUS

SECRETARIA DE SAÚDE
COMPONENTE DE SAÚDE DE FAMÍLIA

FLUXO DE REFERÊNCIA INICIAL

FICHA DE ENVIAMENTO

NOME DO PACIENTE: _____
NOME DO REGIONAL: _____
MUNICÍPIO: _____
MUNICÍPIO DE ORIGEM: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____
NOME DO PAI: _____
ENDEREÇO: _____
MUNICÍPIO: _____

SÍMPTOMAS E EXAMES FÍSICOS RELEVANTES

Síntomas: _____
Exames físicos: _____
Exames de laboratório: _____

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Medicamentos prescritos: _____
Medicamentos prescritos: _____

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO: _____
DIAGNÓSTICO: _____



19/03/2020

HTQG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E PRONTO-SOLICITAÇÃO DE PARÁIBA - PRONTO-SOLICITAÇÃO
Av. Rm. Roberto Pessoa, 4700 - São José, Paraíba (Brasil) - PB, CEP: 58401-880
Fone: (35) 3208-0000
Site: www.hospitalparabiba.pb.gov.br



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Data da Internação: 06/03/2020

Data da Alta: 19/03/2020

Registro: 212228

Tempo de Permanência: 18328

Diagnóstico Inicial: CONCUSSÃO CEREBRAL

Diagnóstico Final:

Principais Exames: TC COM CONTUSÃO HEMORRÁGICA E CERTO EFEITO DE MASSA.

Cirurgia: DRENAGEM

Data:

Equipe:

Cirurgião: SAUL QUINHO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiista:

Medicamentos: SUPORTE PARA TCE

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): TCE F. ADMITIDO SONOLENTO

Orientações: REPOUSO DOMICILIAR E CUIDADOS GERAIS, HIGIENE GERAL E BOA ALIMENTAÇÃO

Condições de Alta: Melhorado

Data: 19/03/2020

Assinatura/Carimbo
Marcus Wagner De Sousa Porto

RESPONSÁVEL: Marcus Wagner De Sousa Porto



Paciente

ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Atendimento

27919

Prontuário

03103803

Convênio

PARTICULAR

Nome Solicitante

DANIEL DEAN

Dt. Nascimento

16/08/2002

CRM Solicitante

6602

Exame

TC CRÂNIO

Dt. Exame

16/04/2020

EXAME REALIZADO COM APARELHO MULTISLICE GE (16 DETECTORES)

TÉCNICA: Foram obtidas aquisições volumétricas em aparelho multislice, com posterior reformatações multiplanares, sem a administração de contraste intravenoso.

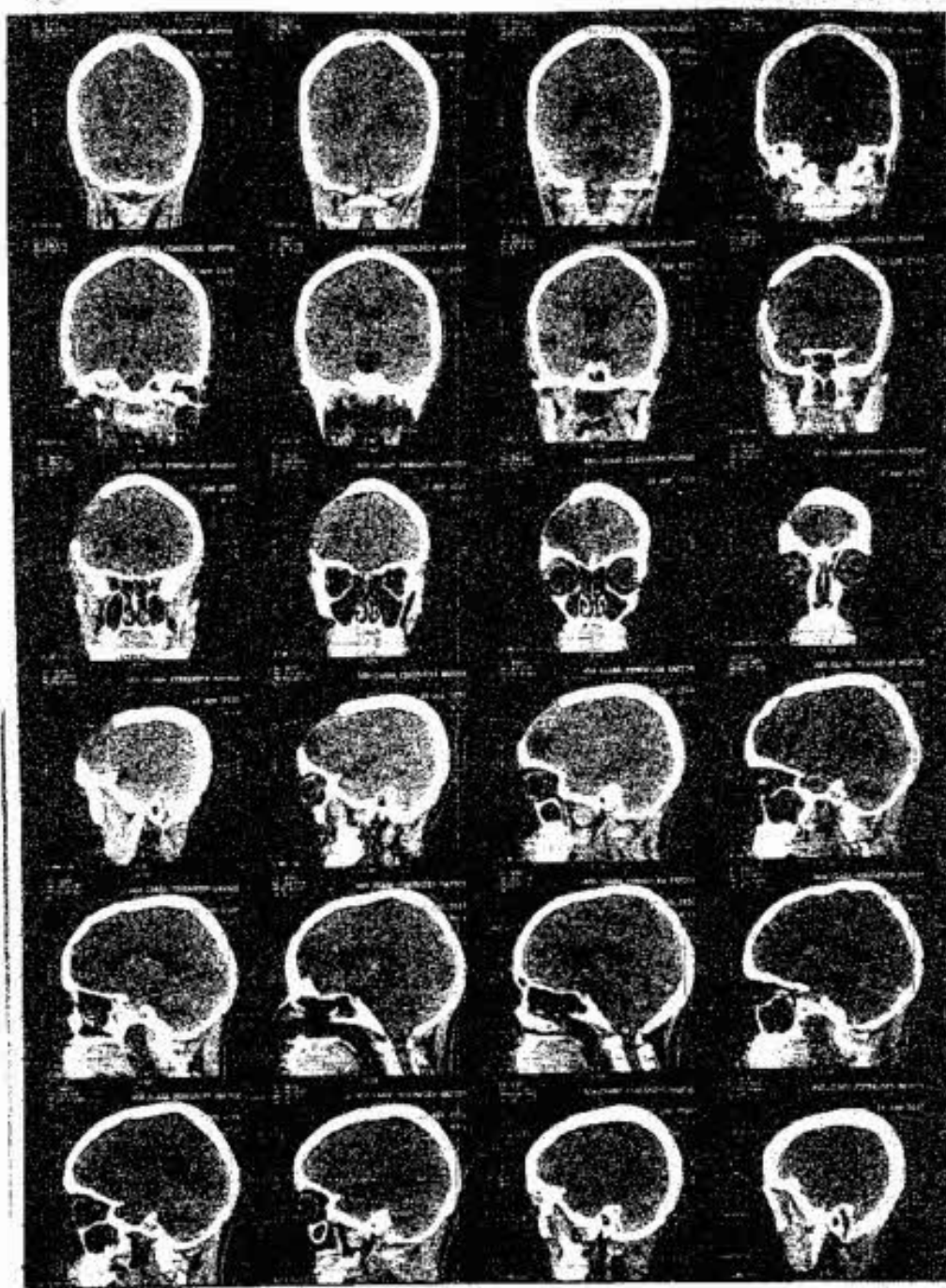
O ESTUDO REVELA:

- Craniotomia frontal à direita.
- Cavidade cirúrgica associado a hipodensidade córtico-subcortical do lobo frontal direito, que se estendem aos giros orbitais e reto, inferindo confusão cerebral crônica.
- Núcleos da base e regiões capsulares de aspecto anatômico.
- Não há evidências de hematomas epidurais ou subdurais no presente exame.
- Cavidades ventriculares de morfologia e calibre normais.
- Cisternas, sulcos e cissuras da convexidade sem alterações.
- Tronco cerebral e parênquima cerebral com coeficiente de atenuação preservados.
- Correlacionar com dados clínicos.

Manoel F. A. Cavalcanti

CENTRO DIAGNÓSTICO MANOEL FLORÊNCIO
Dr. MANOEL FELIPE DE ALMEIDA CAVALCANTI
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
CRM 20994-PE RQE 4434

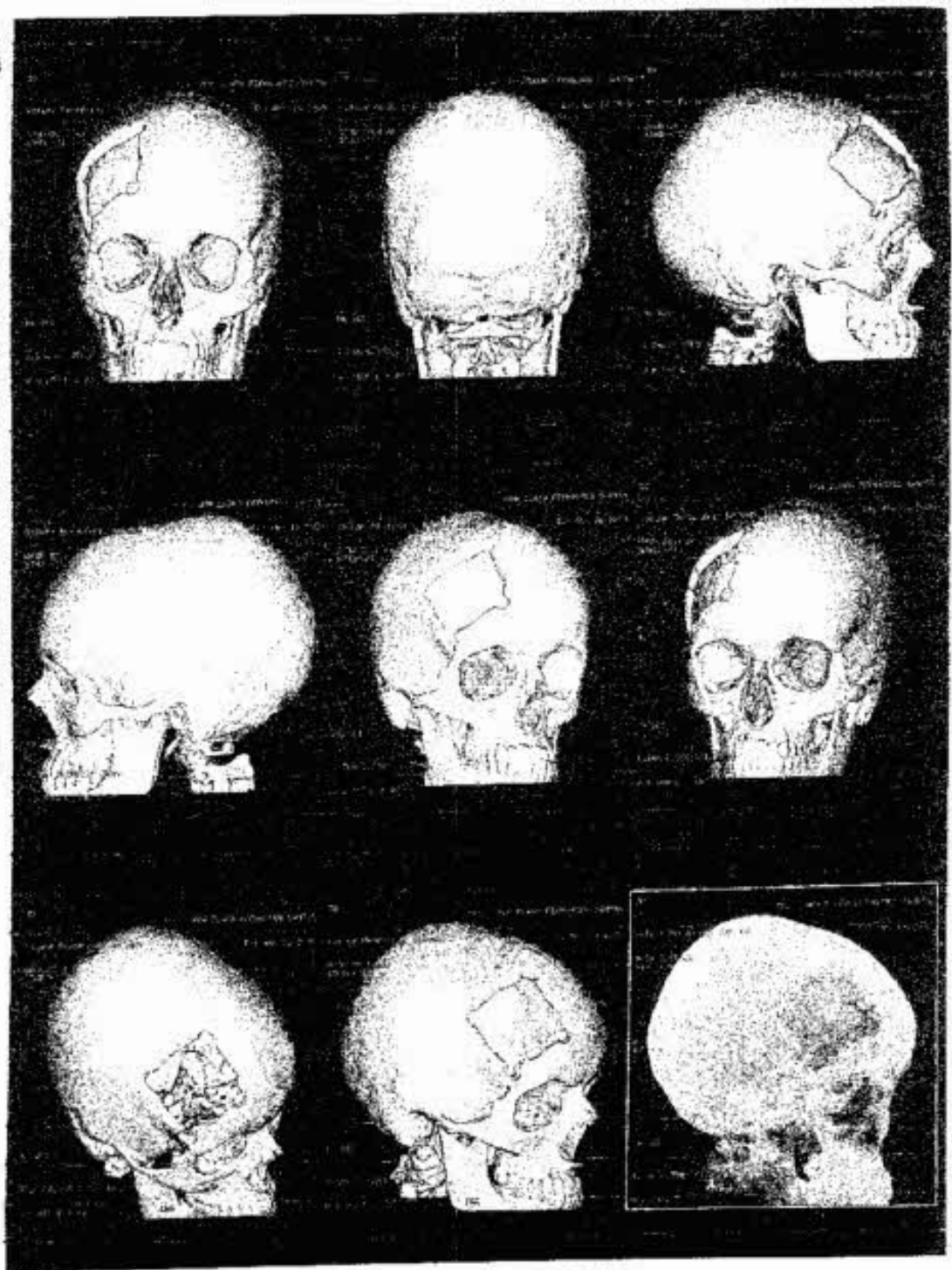




No. Agendamento: 01/01/2021, 01/01/2021 - 01/01/2021 - 01/01/2021 - 01/01/2021 - 01/01/2021 - 01/01/2021

Digitalizado com CamScanner





Dr. Agostinho Magalhães, BCI - Médico de Níquel - Cuiabá/MT - Fone: (65) 8124.7088

Assinado eletronicamente
por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
em: 03/02/2021 às 15:39:34



Assinado eletronicamente
por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
em: 03/02/2021 às 15:39:34



Assinado eletronicamente
por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
em: 03/02/2021 às 15:39:34



Assinado eletronicamente
por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
em: 03/02/2021 às 15:39:34



Assinado eletronicamente
por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
em: 03/02/2021 às 15:39:34



Assinado eletronicamente
por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
em: 03/02/2021 às 15:39:34

Digitalizado com CamScanner





Gilberto Vilaça de Menezes
Neurocirurgia
CRM PE 11423

Gilberto Vilaça de Menezes
Neurocirurgia
CRM PE 11423

MODELO DE ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

(Elaborado de acordo com a Resolução CFM n.º 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1.851/2008)
Atesto, para fins de comprovação junto à Perícia Oficial da Previdência Social ou do Poder Judiciário, que examinei o paciente abaixo indicado, cuja identidade foi por mim conferida, nos termos do art. 4º da Resolução CFM n.º 1.658/2002, e constatei que o examinado é portador da(s) patologia(s) relacionada(s) adiante, com as consequências descritas a seguir:

➤ Nome do(a) paciente: **Ana Clara Fernandes Santos**

➤ Número do documento de identificação (com foto): **RG 10.582.834**

SDS/PE

➤ Diagnóstico: patologias verificadas e respectiva classificação CID 10:

1) **sequela de traumatismo intracraniano (CID S06)**

2) **área de craniectomia frontal direita não corrigida (T81)**

3) **depressão com ideação suicida (F32.3)**

4) **ansiedade comórbida (F41)**

➤ O(A) paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

☐ Não

☒ Sim. Quais (descrição breve e resultado)? • **TAC do crânio (CDMF, Manoel Felipe de Almeida Cavalcanti, CRM PE 20994, RQE 4454, em 16/04/20): cavidade cirúrgica associada a hipotenuação córtico-subcortical do lobo frontal direito, que se estendem aos giros orbitais e reto, inferindo contusão cerebral crônica.**

Gilberto Vilaça de Menezes
Neurocirurgia
CRM: 11423



Gilberto Vilaça de Menezes
CRM 11423
(Página 1 de 2) 18/11/2020

CEA
Rua Paracatã, 90
Maurício de Nassau - Calum - PE
(81) 3721-3338

SELO JARDIM - PE
Rua Amílcar Soares Pass, 88
São Vito - São Jardim
(81) 3726-1117

CLINW
Rua Amélia Carlos da Rocha, 31
São Antônio - Santa Cruz do Capibaribe
(81) 3731-3405



➤ Quais as consequências da(s) patologia(s) constatada(s) para a saúde do(a) paciente? Quais as funções ou sentidos dos quais está o(a) paciente privado(a) ou limitado(a) em virtude da(s) patologia(s) verificada(s)?
Bradipsiquismo; área não corrigida de craniectomia frontal direita; depressão grave, com ideação suicida e ansiedade comórbida; disfonia.
➤ A(s) patologia(s) constatada(s) o(a) incapacita(m) para o trabalho?

() Não

(X) Sim. Por quê? **Há risco de lesão encefálica, por exposição relativa do tecido cerebral.**

➤ Em caso de resposta positiva à pergunta anterior, a incapacidade é irreversível?

(X) Sim

() Não. Qual o tempo de repouso para a recuperação do(a) paciente, considerando que o mesmo siga o tratamento indicado para a patologia?
Não se aplica.

Art. 1º O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direto ao interessado do paciente, não podendo ser importado em qualquer modalidade de documento.

Art. 2º Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e em procedimento médico os dados dos exames e resultados realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos por meio das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.

Art. 3º ()

III - registrar os dados de natureza legal.

Informo, por fim, que o fornecimento do presente atestado, com o respectivo diagnóstico, foi solicitado e autorizado pelo próprio paciente ou seu representante legal, conforme assinatura (ou identificação digital) ao final, em obediência ao art. 3º da Resolução CPM n.º 1.658/2002.

Santa Cruz do Capibaribe, quarta-feira, 18 de novembro de 2020

Eu, **Ana Clara Fernandes Santos**, autorizo o fornecimento de atestado médico ao Poder Judiciário e ao INSS, com a identificação das patologias constatadas e informações a ela relacionadas.

Ana Clara Fernandes Santos

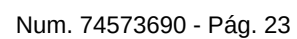
Gilberto Vilça de Menezes
Neurocirurgião
CRM: 11423

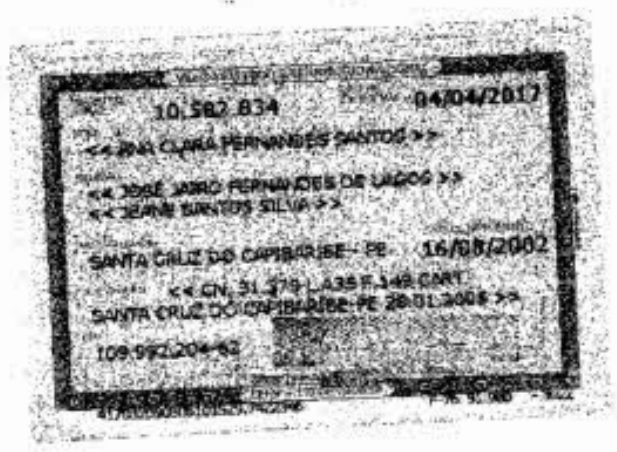


Gilberto Vilça de Menezes
CRM 11423
(Página 2 de 2) 18/11/2020



Downloaded from <http://ajphaphapublications.sagepub.com/> at 11:01 11 November 2014





...Informações sobre o veículo

Placa: PEZ-9208

Espécie/ Tipo: PAS / MOTONETA

Marca/ Modelo: HONDA/BIZ 125 ES

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 124

Cor predominante: VERMELHA

Chassi: 9CZJC4820BR259167

Combustível: ALCO/GASOL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2011

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-RE

Nº 9170413130

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

DETRAN-RE
DETRAN-RE
DETRAN-RE

CONFIRMAR



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0303356/20

Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

CPF: 109.992.204-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/03/2020

Titular do CPF: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ANA CLARA FERNANDES SANTOS : 109.992.204-62

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: 26/10/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAI

Marta Marinho dos Santos





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguros lider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitis e regiões metropolitanas: 0800-022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800-022 8283 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022 12 06
Canal de Denúncia: 0800-381 2563 | Ouvidoria: 0800-031 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200382447 Data da solicitação: 20/11/2020
Nome do beneficiário: ANA CLARA FERNANDES SANTOS CPF do beneficiário: 109.992.204-62
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: _____

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99700-1998 Tel. Comercial: () _____ Tel. Residencial: () _____
E-mail: _____

INFORME A CATEGORIA DO SEU PEDIDO

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informo que os documentos estão sendo entregues:

- ☐ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo de IML
- ☐ Declaração de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☒ Outros: LAUDO MÉDICO (descrever)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SABANA PRV. DO GRAMBAEIRO, 20/11/2020

Ana Clara Fernandes Santos
Assinatura do solicitante ou de quem analisa o pedido (a rgo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido de Seguro DPVAT.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3200382447

Cidade: Monteiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Data do acidente: 06/03/2020

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico grave com contusão hemorrágica (TC crânio 16.04.2020): hipotenuação córtico-subcortical lobo frontal direito que se estendem aos giros orbitais e reto, inferindo lesão cerebral crônica.

Descrição do exame físico: Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, ausência de atrofia, ausência de assimetrias, marcha normal, força muscular normal, memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor anormal, afeto anormal, discurso fluente, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada, dano cognitivo-comportamental alienante.

Resultados terapêuticos: tratamento cirúrgico com craniotomia, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar. Atualmente em uso de carbamazepina 400 mg e sertralina 100 mg. Mãe refere irritabilidade, crises convulsivas e episódios de agressividade. Vítima queixa de anosmia e cefaleia diária.

Sequelas permanentes: Déficit neurológico moderado.

Sequelas: Com seqüela

Data do exame físico: 05/11/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3200382447

Cidade: Monteiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Data do acidente: 06/03/2020

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM CONTUSÃO HEMORRÁGICA EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA) 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: PÁGINAS 01, 03, 04, 05 E 06.

* 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 neurológicas que cursam com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3200382447 Cidade: Monteiro Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS Data do acidente: 06/03/2020 Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM CONTUSÃO HEMORRÁGICA EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

Sequelas: Com seqüela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apostamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE LESÕES
NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

Documentos
complementares:

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO E VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR PERÍCIA MÉDICA DE 05/11/2020 EM R\$ 6.750,00 PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DE LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE (50%). SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE, SINISTRO ATUAL 0%.

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: 3200382447

Cidade: Monteiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Data do acidente: 06/03/2020

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM CONTUSÃO HEMORRÁGICA EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA) 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: PÁGINAS 01, 03, 04, 05 E 06.

* 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 neurológicas que causem comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3200382447

Cidade: Monteiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Data do acidente: 06/03/2020

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM CONTUSÃO HEMORRÁGICA EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

Sequelas: Com seqüela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE LESÕES
NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.Documentos
complementares:Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO E VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR PERÍCIA MÉDICA DE 05/11/2020 EM R\$ 6.750,00 PARA
A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DE LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE (50%). SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM
LEI VIGENTE, SINISTRO ATUAL 0%.

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME	<u>Ans Clara Fernandes Santos</u>
NACIONALIDADE	<u>Brasileira</u>
PROFISSÃO	<u>Rec. Informar</u>
IDENTIDADE	<u>10.582.834-5 DSIA CPF: 109.992.204-62</u>
DATA DO ACIDENTE	<u>06/03/2020</u>
COBERTURA	<u>Invalidez</u>
VITIMA	<u>Ans Clara Fernandes Santos</u>
ENDEREÇO	<u>Rua Joaquim Nabuco, 41 -</u> <u>Cd. Aristocrata - Santa Cruz do</u> <u>Capitão/PE CEP: 55195-009</u>

OUTORGADO

NOME	<u>Adriano Mary Moura de A. Fernandes</u>
NACIONALIDADE	<u>Brasileira</u>
PROFISSÃO	<u>Rec. Informar</u>
IDENTIDADE	<u>4.810.389-5 DSIA CPF: 943.234.444-04</u>
ENDEREÇO	<u>Rua Rozemaria Alves da Rocha, 03</u> <u>Centro - Santa Cruz do Capitão/PE</u>

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Santa Cruz - PE 23 DE Outubro DE 2020
do Capitão

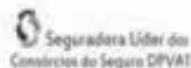
x Ans Clara Fernandes Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0303356/20

Número do Sinistro: 3200382447

Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

CPF: 109.992.204-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/03/2020

Titular do CPF: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 20/11/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAI

Marta Marinho dos Santos

