



Número: **0085121-95.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCICLEIDE MARIA DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56498 376	15/01/2020 16:01	2685945_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00851219520198172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

TOKIO MARINE SEGURADORA S.A., empresa seguradora com sede à Rua Sampaio Viana, 44 - Paraíso - São Paulo - SP - CEP: 04004-001, inscrita no CNPJ sob o número 33.164.021/0001-00 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUCICLEIDE MARIA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **25/11/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 03/12/2018.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista a vítima ainda se encontrar em tratamento.

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



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO INDEFERIMENTO DA INICIAL

Destaca-se, inicialmente, a ausência de documento indispensável a propositura de qualquer demanda judicial, qual seja, o comprovante de residência.

Compulsando os autos, percebe-se que não fora juntado documento de comprovação do domicílio do autor, em clara afronta ao artigo 320, do CPC.

Ocorre, que a ausência do referido comprovante inviabiliza até mesmo a elaboração da defesa da Ré, uma vez que impossibilita a comprovação da competência territorial.

Diante disso, considerando o momento processual, requer a extinção da presente demanda, na forma dos artigos 321 c/c 485, I. CPC.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC¹.

¹“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.



Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

² RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

³ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁵

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Súmula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

⁴“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵ art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 13 de janeiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais 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	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **TOKIO MARINE SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **LUCICLEIDE MARIA DA SILVA**, em curso perante a **7ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00851219520198172001.

Rio de Janeiro, 13 de janeiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0085121-95.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCICLEIDE MARIA DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56498 375	15/01/2020 16:01	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180597515 **Cidade:** Tracunhaém **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 25/11/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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: 3180597515 **Cidade:** Tracunhaém **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 25/11/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458406/18

Vítima: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

CPF: 114.401.864-13

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 25/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

LUCICLEIDE MARIA DA SILVA : 114.401.864-13

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: 19/12/2018
Nome: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA
CPF: 114.401.864-13

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2018
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458406/18

Número do Sinistro: 3180597515

Vítima: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

CPF: 114.401.864-13

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 25/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 15/02/2019
Nome: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA
CPF: 114.401.864-13

LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/02/2019
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR





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, 21 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180597515

Vítima: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCICLEIDE MARIA 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 13747650

Pag. 00427/00428 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 26 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180597515

Vítima: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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

Pag. 00113/00114 - carta_03 - INVALIDEZ

00050067



Carta nº 13755994





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, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180597515

Vítima: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01993/01994 - carta_07 - INVALIDEZ

00050987



Carta nº 13974108



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 114.403.864-13 Nome completo da vítima: Lucicleide Maria da Silva

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

Nome completo: Lucicleide Maria da Silva CPF: 114.403.864-13
Profissão: meio m4. Endereço: R. Dois Alcides José da Silva Número: Complemento:
Bairro: Tracunhaçu Cidade: Tracunhaçu Estado: PE CEP: 55805-000
E-mail: maraboaassessoria@hotmail.com.br Tel.(DDD): (81) 97915.3756

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS
RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0054 CONTA: 32824 013 (Informar o dígito se existir) 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 a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Inpressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data, Capua, 11/12/2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0054 - NAZARE DA MATA, PE

DATA: 05/12/2018

TERMINAL: 1002

NSU: 000634

HORA: 12:06:55

AUT.: 0047

COMPROVANTE DE DEPOSITO
NUM DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0054/013/00 032 824-0

NOME: LUCICLEIDE MARTA DA SILVA

DEPOSITANTE:

O P

VALOR TOTAL: 5,00
VALOR DINHEIRO: 5,00

Informacoes, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 57ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRACUNHAÉM -
DP57ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0147000617**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/12/2018** às
11:37

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **25/11/2018** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TRACUNHAEM, 01, BR 408 -**
Bairro: **CENTRO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de
Referência: **PROXIMO AO BAR DO CARANGUEJO**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR (AGENTE))
LUCICLEIDE MARIA DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO

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

LUCICLEIDE MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA**
Data de Nascimento: **25/04/1988** Nacionalidade: **BRASILEIRA**
Documentos: **9315544/SDS/PE (RG)** Escolaridade: **2ª**
GRAU COMPLETO Telefones Celulares:
- 993388997

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TRACUNHAEM, 01, RUA RUA 2 NOVA TRACUNHAEM**
- CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A
AURINHA

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO**
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em



posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX EX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIL6376** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **200214280** Chassi: **9C2KC1640AR030120**

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA SAINDO DO BAR DO CARANGUEJO LOCALIZADO NA BR 408 E AO ATRAVESSAR A VIA NÃO PERCEBEU QUE VINHA UMA MOTOCICLETA EM VELOCIDADE NO SENTIDO TRACUNHAEM - NAZARÉ DA MATA, SENDO TOMADA DE SURPRESA, ONDE A MESMA FOI ATROPELADA PELO REFERIDO VEICULO; DE IMEDIATO POPULARES QUE SE ENCONTRAVAM PROXIMOS AO LOCAL DO ACIDENTE ACIONARAM O SERVIÇO DE SOCORRO DO HOSPITAL LOCAL, SENDO A MESMA SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DA PRÓPRIA UNIDADE HOSPITALAR; APOS A VITIMA RECEBER OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS NAQUELA UNIDADE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS EM RECIFE COM O NUMERO DE PROTOUÁRIO (1074046); O CONDUTOR DO VEICULO TAMBEM FOI SOCORRIDO PARA A MESMA UNIDADE HOSPITALAR E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE;

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Lucicleide Maria da Silva
LUCICLEIDE MARIA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARCOS VALENÇA DE MIRANDA** - Matrícula: **220882-2**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 114.403.864-13 Nome completo da vítima: Lucicleide Maria da Silva

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

Nome completo: Lucicleide Maria da Silva CPF: 114.403.864-13
Profissão: meio m4. Endereço: R. Dois Alcides José da Silva Número: Complemento:
Bairro: Tracunhaçu Cidade: Tracunhaçu Estado: PE CEP: 55805-000
E-mail: maraboaassessoria@hotmail.com.br Tel.(DDD): (81) 97915-3756

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0054 CONTA: 32824 013 (Informar o dígito se existir) 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 a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão
e
assinatura
da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, Capua, 11/12/2018

Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0054 - NAZARE DA MATA, PE

DATA: 05/12/2018

TERMINAL: 1002

NSU: 000634

HORA: 12:06:55

AUT.: 0047

COMPROVANTE DE DEPOSITO
NUM DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0054/013/00 032 824-0

NOME: LUCICLEIDE MARTA DA SILVA

DEPOSITANTE:

O P

VALOR TOTAL: 5,00
VALOR DINHEIRO: 5,00

Informacoes, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente





BOLETIM DE Ocorrência - SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

NOME DO PACIENTE: <i>Guilherme Mano da Silva</i>		
REGISTRO: <i>100675</i>	HORA: <i>19:25</i>	DATA: <i>25-11-18</i> ONE:
DATA DO NASCIMENTO: <i>26-03-1983</i>	IDADE: <i>25</i>	SEXO: M () F ()
ENDEREÇO: <i>lot. Liberdade R. 2</i>	<i>5171</i>	
FILIAÇÃO: <i>Maria Jose da Silva</i>		
QUEIXA PRINCIPAL:		
PA: <i>160 x 70 mmHg</i>	TEMPERATURA:	HGT:
DADOS CLÍNICOS: <i>atrito, com fratura na mão I e, perna fratura da</i> <i>doe e fratura. Possível fratura de perna. 50% de, 50% de 70%.</i> <i>doe e fratura de TCE.</i>		
HÍPÓTESE DIAGNÓSTICA: <i>fratura e fratura!</i>		
EXAMES SOLICITADOS: <i>Outra 556 4 329</i>		
TRATAMENTO PROPOSTO: <i>1- Fratura de perna e fratura</i>		
DOENÇA CLASSIFICAÇÃO COMPULSÓRIA: SIM () NÃO ()		

Dr. Jose Lacerda Neto
 Médico
 CRM 25252





SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Luciélle ms
de Silva

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 90 (noventa) dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico Fratura com joint

d) Tratamento Trat/ cirurgia

Deverá retornar ao Ambulatório de: _____

Com _____ dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

25/11/18
HOSPITAL/AMBULATÓRIO LOCALIDADE/DATE

Maurício Sérgio Vasconcelos
Acupuntura, Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 10452

Ass. do Médico – CRM N.º _____

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF





**** SES/FUSAM ****
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

MARCAÇÃO AMBULATORIAL - PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: _____ PARA: AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE:	Luciélide M ^c de Silva		
PRONTUÁRIO Nº:	1049096	ALTA HOSPITALAR EM:	29/11/16
RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE:	transf.	EM:	1/1
MÉDICO:	Alencar	COM:	15 DIAS.
MOTIVO:	Revisão		
RECIFE:	1/1		
Assinatura do responsável e carimbo		Visto - Chefe do Ambulatório	

Maurício Sérgio Vasconcelos
Acupuntura, Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 10432

OBS.:

- A) ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
- B) TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
- C) SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM ALTA HOSPITALAR E NECESSITEM RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO).

011-HGOF





** SES/FUSAM **

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RESUMO DE ALTA - CLÍNICA CIRÚRGICA

Nome: Luizcláudio Mes de Silva
Reg.: 20+9096 Enf.: _____ Leito: _____

DATA DE ENTRADA: 25/11/18 DATA DE SAÍDA: 29/11/18

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: Fratura com
perna exposta

DIAGNÓSTICO FINAL: Fixador externo
+ imobilização

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): _____

_____ transcrito

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE:
PARA CONTROLE EM _____

Maurício Sérgio Vasconcelos
Acupuntura, Oncologia e Traumatologia
CRM-PE 10452

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

103-HGOF









HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA

SUS



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 3270628 Prontuário: 1074046

Nome: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA
 Data Nasc.: 26/03/1993 Idade: 25 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS:
 Endereço: RUA 2 Nº: 0
 Bairro: NOVO TRACUNHAEM Cidade: TRACUNHAEM Estado: PE
 CEP: 55805000 Fone: 558191797649 Celular:
 Acompanhante: Profissão:
 Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA
 Nome do Conjuge:
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 25/11/2018 21:24

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA: Paciente trazida de Tracunhaem
 vítima de acidente. Nega ferimentos
 visíveis, dor abdominal
 Agita-se muito mas não

Exame Físico: PE - 70 kg, Eufórico

PA: FC: FR:

(1) Vítima de acidente, não possui ferimentos
 (2) Músculos de abdômen, não há dor evidente
 (3) FC: 78, PA: 120/80, Níveis normais, não há
 (4) ECG: 15

Diag. Provisório:

(1) Escore de trauma (1), (2) Sem ferimentos
 (3) Exame (A) (E).

Rx: Tórax, cervical, Pelve, Perna (1)

Prontuário (2)

Prescrição:

Normal Dieta: Ativos

Data

25/11/18

Horário

(1) Dor abdominal 15/20
 (2) SF 100-4, Nível 12V
 (3) No abdômen
 (4) Alta 24 horas

Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
 Médico Digestivo
 25/11/2018 21:24
 4586

08/97

03-12-2018
 Gouveia

PROTESE





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Sexo: FEMININO
CNS:

Idade: 25 Anos 8 Meses 0 Dia
Nasc. 25/03/1993

Contatos: 81. 91797649 | Celular: 81.
Endereço: RUA 2, N.º 0 - BAIRRO: NOVO TRACUNHAEM - CIDADE: TRACUNHAEM - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 25/11/2018 21:24

Prontuário: 1074046

Nº. Atendimento: 3270628

Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:

Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Admissão

Queixa Principal

DOR PERNA ESQUERDA

História Clínica

EST. VITIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUINDO COM DOR EM PERNA ESQUERDA

Exame Físico

GR. A MOBILIZAÇÃO
PRONTO EM FACE MEDIAL PERNA ESQUERDA

Observações

FRATURA EXPOSTA PERNA ESQUERDA

Conduta

INTERNAÇÃO

Lucas Severo
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 25.317

LUCAS SEVERO BONILHA DE SOUZA - CRM: Nº.25317

26/11/18
11h

Atte em pfm
Aguarda vaza em BC/3R
pl cirurgia.

Dr. MARCOS HILSCHE
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15757
RECIFE/PE 11/1952

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Apriço Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-540 Fone: (81) 3182.8500





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE C.G.C.: 09.794.975/0004-56

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH INFORMAÇÕES DO PACIENTE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA	Nº DO REGISTRO: 1074046
CLINICO: ORTOPEDISTA	Nº DO LEITO:

OPERADOR: DR MARCELO LARRAZABAL

1º ASSISTENTE: DR ROBERTO WANDERLEY	2º ASSISTENTE:
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DR OMAR
ANESTESISTA: SEDAÇÃO + ANESTESIA LOCAL	DURAÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO: 26/11/2018 INÍCIO: FIM:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURAS EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. LIMPEZA CIRURGICA DE FRATURA DE TÍBIA COM SF0,9%
5. FIXAÇÃO EXTERNA DE FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA COM FIXADOR LINEAR DE TIBIA (02 BARRAS + 08 CONECTORES PINO-BARRA + 04 PINOS)
6. DESBRIDAMENTO
7. CURATIVO
8. A SRA

Dr. Marcelo Larrazábal
Traumatologia / Ortopedia
CRM: 17.874 TEOT: 13.843





ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

ROT 13.4-01.V1

SETOR: <u>POS-OP 10/03</u>	DATA: <u>28/11/18</u>
NOME: <u>Luizleide Maria da Silva</u>	
NOME SOCIAL:	
IDADE: <u>25</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>26/03/93</u> ESTADO CIVIL: <u>Solteira</u>
FILIAÇÃO: <u>Paulo José da Silva e Maria José da Silva</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua - H nº 94 Nazaré da Mata</u>	
PONTO DE REFERÊNCIA: <u>Próximo do Srº Maluco (SIC)</u>	
TELEFONES: <u>991797649 / 993309097</u>	
ENTREVISTADO(A): <u>Gerlane Cândido R. Costa</u>	PARENTESCO: <u>Cunhada</u>
DOCUMENTOS: POSSUI <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> APRESENTADOS: <u>RG 9315 844 SDS/PE</u>	

1º ATENDIMENTO <input checked="" type="checkbox"/> READMITIDO <input type="checkbox"/>	PROCEDÊNCIA:
ACOMPANHANTE: <u>Sim</u>	PARENTESCO: <u>Cunhada</u>
TABAGISMO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/>	ÉTICOS: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/>
OUTRAS DROGAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/>	QUAIS:
POSSUI NECESSIDADE ESPECIAL: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:
COBERTURA DE PSF: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	ACOMPANHAMENTO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>

PROFISSÃO:	ESCOLARIDADE:
VÍNCULO EMPREGATÍCIO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS:
COMPOSIÇÃO FAMILIAR: <u>04 Reside com a genitora + 02 filhas</u>	
APOIO FAMILIAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	BENEFÍCIO: PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> ASSISTENCIAL <input checked="" type="checkbox"/> NÃO RECEBE <input type="checkbox"/>

ALTA HOSPITALAR: SAÍRA ACOMPANHADO <input checked="" type="checkbox"/> DESACOMPANHADO <input type="checkbox"/>
CONTATO C/ MUNICÍPIO <input checked="" type="checkbox"/> RECURSOS PRÓPRIOS <input type="checkbox"/> CONTATO C/ FAMÍLIA <input type="checkbox"/>

OBSERVAÇÕES: Admitida neste Serviço, encaminhada do Hospital de Trauma e Ortopedia.
Referindo Trauma em MIE, após sofrer acidente de moto (SIC).
Oriento rotina + acompanhamento.

ASSISTENTE SOCIAL:

Maria de Lourdes P. da Costa
Assistente Social
CRSS 158871





SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA


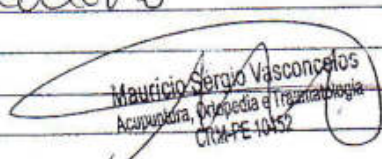


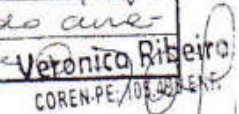
NOME:

Lucieleide M^{re}

CLÍNICA:

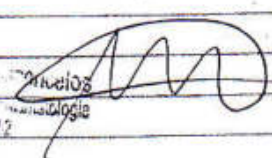

ENF.: 10

LEITO: 03

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
27/11/18	21h	Pac. admitida neste setor procedente de SRPA, consciente, orientada, gineco, MIE com fixador externo, HVS, DMS, Hergia, corado, afibril, eufórica, segue em obs.  COREN: 62830
28/11/18		3º DPO Fratura exposta femur E / peroneo Solicito Rx control pre-op e curativo  Mauricio Sergio Vasconcelos Acupuntura, Osteopatia e Terapias Manuais CRM-PE 10452
28/11/2018		Fisioterapia Motora (030205001-9) Realizador fisioterapia ativa assistida em MIB; ativa em HVS e MID; man- euvo de glúteos e quadriceps; quintalga.  Prieta Silveira Fisioterapeuta 172666-F
		HOF  Renata Tecnologia em Radiologia CRTR 00342 N
28/11/18		EG Reg., consciente, orientada, eufórica, afi- bril, fixador ext em MIE, renovoado cur- tivo, aceita a dieta, eliminação  Veronica Ribeiro COREN-PE/108482

003-HGOF



DATA	HORA	EVOLUÇÃO
29/11/18		<p>Via de controle com bico reduzido e imagem de representações sem indicação de haste cerebros ok C. Alta hequlh.</p> <p>Mauricio de V. S.  Acupuntura, Fisiologia CRS UF 14612</p>
29/11/2018		<p>Fisioterapia Motora 1030205001-9/ Martinho condutor + orientador para alta.</p> <p> Priscila Silveira Fisioterapia 172666-F</p>



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO GERAL 9.315.844	DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2011	ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BERT	
NOME << LUCICLEIDE MARIA DA SILVA >>			
FILIAÇÃO << PAULO JOSÉ DA SILVA >> << MARIA JOSÉ DA SILVA >>			
NATURALIDADE ITAQUITINGA - PE	DATA DE NASCIMENTO 26/03/1993	FOTO	
DOC ORIGEM << CN.11526 L.A29 F.263 CART SEDE ITAQUITINGA PE 12.03.2009 >>		ASSINATURA	
CPF 000.000.000-00	ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 9.116 DE 29/08/83	CARTEIRA DE IDENTIDADE	

<p>CÓDIGO DE CONTROLE 99C1.3AF0.DE4B.DBF4</p> <p>A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br</p> <p>Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil às 10:37:06 do dia 10/01/2012 (hora e data de Brasília) dígito verificador: 00</p>	<p>MINISTÉRIO DA FAZENDA</p> <p>Receita Federal Cadastro de Pessoas Físicas</p> <p>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO</p> <p>Número 114.401.864-13</p> <p>Nome LUCICLEIDE MARIA DA SILVA</p> <p>Nascimento 26/03/1993</p> <p>VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO</p>
--	---



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180597515 **Cidade:** Tracunhaém **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 25/11/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

