

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190116349 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA **Data do acidente:** 01/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190116349 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA **Data do acidente:** 01/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0049410/19

Número do Sinistro: 3190116349

Vítima: NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA

CPF: 021.405.993-65

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NADIA MARIA DE ARAUJO 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: 22/02/2019
Nome: NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA
CPF: 021.405.993-65

NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0049410/19

Vítima: NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA

CPF: 021.405.993-65

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/05/2018

Titular do CPF: NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA : 021.405.993-65

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: 11/02/2019
Nome: NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA
CPF: 021.405.993-65

NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190116349**

Nome do(a) Examinado(a): **NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Uruguai, S/N, B A - GURUPI - Teresina - PI - CEP 64017-590

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **50192337**

Data e local do acidente: [**01/05/2018**] **Bairro Alto da Ressurreição - Teresina - PI.**

Data e local do exame: [**28/02/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura do maléolo medial da tibia (tornozelo) direito, com escoriações. Hematoma subgaleal frontal direito.

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

Ao exame físico a vítima apresenta retração cicatricial no tornozelo direito, provocando diminuição da amplitude de movimentos e levando à claudicação.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Tratamento conservador. Evoluiu com infecção. Tratada com curativos e antibióticos. Houve cicatrização completa com retração cicatricial.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do tornozelo direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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



Bergiel Barbosa Bezerra
MÉDICO
CRM-PI 3909

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190116349

Vítima: NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA

Data do Acidente: 01/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NADIA MARIA DE ARAUJO 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

Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190116349

Vítima: NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA

Data do Acidente: 01/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), NADIA MARIA DE ARAUJO 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





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 Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190116349 **Vítima: NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA**

Data do Acidente: 01/05/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00943/00944 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14002335

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190116349

Vítima: NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA

Data do Acidente: 01/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003389**

Conta: **0000053723-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 021.405.993-65 Nome completo da vítima: NÁDIA MARIA DE ARAÚJO DASILVA

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

Nome completo: NÁDIA MARIA DE ARAÚJO DA SILVA CPF: 021.405.993-65
Profissão: RECUSO. Endereço: RUA UXUGUAI B A Número: CASA Complemento: _____
Bairro: GURUPI Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64017-590
E-mail: _____ Tel.(DDD): (86) 99905-4014

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: 3389 CONTA: 53723
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? ☐ 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
assinada
assinada
assinada
assinada

Local e Data: 13/02/2019 TERESINA-PI
Nome: NÁDIA MARIA DE ARAÚJO DASILVA
CPF: 021.405.993-65

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Nádia Maria de Araújo da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004052/2018-50

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro

Data/Hora: 23/11/2018 - 16:22

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora
01/05/2010 - 21:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
TERESINA

Endereço
IGNORADO, Nº:

Complemento

Bairro
ALTO DA RESSURREIÇÃO

Ponto de Referência
MOTOTAXI REKENTE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: NÁDIA MARIA DE ARAÚJO DA SILVA (31 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 50192337 SSP PI

Mãe: MARIA DE FÁTIMA LEMOS DA SILVA

Endereço: RUA SANTA VITÓRIA, Nº 6688

Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO YAMAHA/FACTOR YBR125 K, COR PRETA, PLACA NIB-5269-PI, DE PROPRIEDADE DE MARCONE SERGIO DE SOUSA SANTOS, QUANDO FOI ATINGIDA POR UM AUTOMÓVEL QUE SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA, SENDO ESTA SOCORRIDA POR MARCONE SÉRGIO DE SOUSA SANTOS, RG: 2368714 SSP-PI, RESIDENTE NA RUA SANTA VITÓRIA, 6972, ALTO DA RESSURREIÇÃO, E LEVADA PARA A UPA-RENASCENÇA (PRONTUÁRIO 2453), SENDO TRANSFERIDA PARA O HUT (PRONTUÁRIO 475389). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE.

Francileude Lima
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Nádia Maria de Araújo da Silva
NÁDIA MARIA DE ARAÚJO DA SILVA (31 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETORA DE SEGURANÇA
Recebido em: 11/02/19

AVERBAÇÃO B.O. 100203.004052/2018-50

A Sra. Nádia Maria de Araújo da Silva, compareceu a esta Especializada para informar que o seu acidente ocorreu no dia **01/05/2018**, conforme entrada na UPA. (pront. 2453).
Declarações da mesma.

Teresina, 24/01/2018

Nádia Maria de Araújo da Silva

Nádia Maria de Araújo da Silva

Averbante

CLam

Claudio C. de Sousa

Ag. de policia

108516-6



DOCUMENTO ORIGINAL -

EDIDA CORRETORES DE SEGUROS

Recebido em: 11/02/19

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: 13/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:


CLIENTE: NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000053723-0

Nr. da Autenticação 5CCA919BB67C3DB5


MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recibido em: 22/02/19



NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA


FisioWand

LAUDO PARA SEGURO DPVAT

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO EM
01/05/18 COM DIAGNOSTICO DE FRATURA NO MALLEOLO
MEDIAL DO TORNOZELO DIREITO, REALIZOU TRATA-
MENTO CONSERVADOR NA LESÃO, ASSOCIADO A
SEÇÕES DE FISIOTERAPIA ANALGESICA E MOTORA.
APRESENTOU EXAME DE RAO-X, CONSTANDO FRATU-
RA ALINHADA NO MALLEOLO MEDIAL DA TIBIA,
E DE ACORDO COM O EXAME CINESIOLOGICO
FUNCIONAL A MESMA APRESENTA DEBILIDADE
FUNCIONAL DE 60% DE SEQUELA COM QUADRO
DE FORTES DORES.

A PACIENTE ENCONTRA-SE DE ALTA.

CID 10-882.5


FisioWand - Fisioterapia E Acompanhamento Ocupacional.
Endereço: Quadra 8, Lote 1, casa B. Tel. 0**86 9 9814 9002
Wand Jorge da Silva Rodrigues
Fisioterapeuta
Promorar, Teresina - Piauí
CREFITO 161967-F

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190116349

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA

Data do acidente: 01/05/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do maléolo medial da tibia (tornozelo) direito, com escoriações. Hematoma subgaleal frontal direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico a vítima apresenta retração cicatricial no tornozelo direito, provocando diminuição da amplitude de movimentos e levando à claudicação.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador. Evoluiu com infecção. Tratada com curativos e antibióticos. Houve cicatrização completa com retração cicatricial.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190116349 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA **Data do acidente:** 01/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do maléolo medial da tibia (tornozelo) direito, com escoriações. Hematoma subgaleal frontal direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico a vítima apresenta retração cicatricial no tornozelo direito, provocando diminuição da amplitude de movimentos e levando à claudicação.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador. Evoluiu com infecção. Tratada com curativos e antibióticos. Houve cicatrização completa com retração cicatricial.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190116349 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA **Data do acidente:** 01/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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