



Boletim de ocorrência



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0118012688

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/12/2017** às **11:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **8/10/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE - 22, 01** - Bairro: **MARANGUAPE - I** -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
LUIZA THATI DA SILVA OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZA THATI DA SILVA OLIVEIRA**



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

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

LUIZA THATI DA SILVA OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **JURACY BATISTA DA SILVA OLIVEIRA** Pai: **LUIZ SAVIO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **31/1/1991** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7745484/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE MARANGUAPE II, 01, RUA 19 NUMERO 04 - CEP: 55000-000 - Bairro: MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE)**



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS
Título: *Emeraldina de Aguiar Carvalho* - Substituto: *Amélia de C. Silva*
PRACA PARA JOÃO XXIII, 651, CENTRO, PAULISTA/PE (51033-010) - FONES (51) 3451-0800 / 3451-0801

AUTENTICAÇÃO Nº 2019-013669

Autentica a presente cópia, reproduzida fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade:

PAULISTA-PE, 25/10/2018 13:22:48

SELO DIGITAL: 0077844.MFH00201901.04780

Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/autenticidade

ENDL: 3,60 ISNR: 0,85 PERC: 0,24 ISS: 0,67

PERM: 0,03 FUNSR: 0,67

Amélia de Carvalho Souza
AMÉLIA DE CARVALHO SOUZA - SUBSTITUTA



21/12/2017 11:48

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): **LUIZA THATI DA SILVA OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZA THATI DA SILVA OLIVEIRA**
 Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE)**

Complemento / Observação

SEGUNDO A QUEIXOSA FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO TRAFEGAVA EM SUA BICICLETA E O CONDUTOR DE UM AUTO PASSEIO COLIDIU NA PARTE TRAZEIRA DA BICICLETA VINDO A QUEIXOSA A CAIR NA VIA PE 22, SENDO SOCORRIDA PELO SAMU OCORRENCIA NUMERO 9-390635, PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ATENDIMENTO NUMERO 876494/2017 SEM MAIS ENCERRO ESTE B.O

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

L. Oliveira
LUIZA THATI DA SILVA OLIVEIRA
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **ADILSON FERNANDES DE FARIAS - MAT. 159.137-1 - Matrícula: 159137-1**



Adilson Farias
Adilson Farias
 Comissário de Polícia
 Mat. 159.137-1



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 2º OFÍCIO

Titular: *Emiranda de Almeida Carvalho* - Substituída: *Amália de Carvalho*
 PRACA PARA JOÃO XXIII, 420, CENTRO, PARECIPUE, CEP 51401-270 - FONE: (51) 3411.6419

AUTENTICAÇÃO N. 2019-013608

Autentico a presente cópia, reproduzida fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade:
 PAULISTA-PE, 26/10/2019 13:22:47

SELO DIGITAL: 0077644.ARG009201901.04779

Consulta autenticidade em: www.tjpe.jus.br/autenticidade

EMOL: 3,00 TSM: 0,00 PER: 0,34 ISS: 0,07

FERNÃO, 03 FUNSEI: 0,07

Amália de Carvalho Souza
AMÁLIA DE CARVALHO SOUZA - SUBSTITUTA



Ag. de Cobrança
0944-0

Sit. Especial

N. Contrato
8555526160155

Data de Vencimento
10/07/2019

Comprovante de residência



CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RESCIRE PE PL2 DATA DE POSTAGEM 24/08/2018

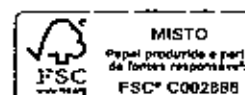
LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA
R DEZENOVE, 4
ALAMEDA PAULIS
53422-020 OLINDA PE



721130702143784320629505430240019

ESCAPAIDP

PARA USO DOS CORREIOS			
☐ 01 Ausente	☐ 05 Desconhecido	☐ 10 Objeto Danificado	Recebido no Serviço Postagem Rubrica da Responsável Assinatura
☐ 02 Endereço Insuficiente	☐ 06 Recusado	☐ 11 End. Desconhecido na Localidade	
☐ 03 Não Existe Nº Indicado	☐ 07 Ausente	☐ 12 Folha Complemento (Cofre/UGU)	
☐ 04 Fulcra	☐ 08 Não Produzido	☐ 13 Caixa Postal Cancelada	
REMETENTE			
VALZO S.A. DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO AV. DR. RUDGE RAMOS, 1561 RUDGE RAMOS 09639-900 SÃO BERNARDO DO CAMPO - SP			



Programa de Olho na Qualidade (exclusivo Minha Casa, Minha Vida): 0800 721 6268

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CONTRATO: 8.5555.2616.015-5

RECIBO DE PAGAMENTO

Dados do Mutuário

LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

R. DEZENOVE

ALAMEDA PAULIS

OLINDA

PE 53422-020

091.655.114-84

Prestação do Mês Nº 037
 Prazo do Financiamento 211
 Taxa de Juros Contratual 05,0000
 Índice de Reajuste Proteção no Mês 1,00000
 Índice Reajuste Saldo Devedor no Mês
 Categoria Profissional
 Complemento nº 005
 SG RGE 311 / 025
 L. Financeiro Recintos 310
 TP 0857-2
 UNO - Agência de Contato
 Extrato de Evolução

Descrição dos 12 Últimos Pagamentos

Parcela	Data Venc.	Data Pagª	Valor Devido (R\$)	Valor Pago (R\$)
025	10/ 7/2018	29/06/2018	692,28	692,28
026	10/ 8/2018	07/08/2018	690,50	690,50
027	10/ 9/2018	06/09/2018	688,70	688,70
028	10/10/2018	02/10/2018	685,91	685,91
029	10/11/2018	01/11/2018	685,13	685,13
030	10/12/2018	07/12/2018	683,33	683,33
031	10/ 1/2019	07/01/2019	681,54	681,54
032	10/ 2/2019	06/02/2019	679,76	679,76
033	10/ 3/2019	11/03/2019	677,97	677,97
034	10/ 4/2019	10/04/2019	676,18	676,18
035	10/ 5/2019	10/05/2019	674,39	674,39
036	10/ 6/2019	10/06/2019	672,61	672,61

TOTAL DA DIFERENÇA ATUALIZADA (R\$)

0,00

Demonstrativo do Encargo do Mês (R\$)

Demonstrativo Valor
 PRESTAÇÃO 697,41
 SEGURO
 FCVS
 TAXA ADM.
 TAXA OPER. MENSAL
 DIFERENÇA PRESTAÇÃO
 BONUS 13,40
 FGMB

VENCIMENTO
10/07/2019
VALOR A PAGAR
R\$ 670,81

Via do Mutuário - Autenticação Mecânica

DECLARAMOS QUE AS PRESTAÇÕES DO SEU CONTRATO HABITACIONAL DE 2018 ESTÃO QUITADAS, EXCETO SE HOUVER QUESTÕES JUDICIAIS OU DE EVOLUÇÃO DO CONTRATO. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI AS QUITAÇÕES DOS CARRÉS MENSUAIS DE 2018 E ANOS ANTERIORES. (LEI 12.007/09)

- Débito Automático em Conta: Utilize o serviço de débito automático em conta para pagamento das prestações. É cômodo e gratuito. Procure a sua agência.
- Mudança de endereço e telefone: Mantenha seu endereço e telefones atualizados junto à CAIXA. Assim, podemos atendê-lo mais prontamente sempre que você precisar.
- Canais alternativos para pagamento: Agência bancária, Rede de Casas Lotéricas, Correspondentes Bancários "CAIXA AQUI", Terminais de Autoatendimento CAIXA e Internet "Banking" CAIXA.
- 2ª via da carnê: Aproveite mais esta facilidade. Obtenha a 2ª via da sua carnê pela Internet, no endereço caixa.gov.br.
- Contrabilidade no Pagamento: Pague em dia suas prestações habitacionais. Evite transtornos e pagamento de juros por atraso.

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (Informações, reclamações, sugestões e elogios)
 Ouvidoria: 0800 725 7474

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492.
 caixa.gov.br

CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

|104-0|

10498.17990 21027.185541 55261.601573 2 79460000067081

Local de Pagamento:

Pagável em qualquer agência bancária até o vencimento, preferencialmente na CAIXA ou Casas Lotéricas.

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço:

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

00360305/0001-04 RDV PE-15, KM 16,5

CENTRO - PAULISTA-PE - 53401-445

Data Documento:

Nº Documento:

Espécie (loc.):

Aceite:

Data Processamento:

19/06/2019

31019075027

Uso do Banco:

Carteira:

Espécie Moeda:

Quantidade:

Valor:

Vencimento

10/07/2019

Agência/Código Beneficiário

0647/817992-1

Nosso Número

1402785552616015-0

(=) Valor do Documento

670,81

(-) Descontos/Abatimentos

(-) Outras Deduções

(+/-) More/Multa

(+/-) Outras Acréscimos

(=) Valor Pago

670,81

Informações de Responsabilidade do Beneficiário:

- Até o vencimento pagável nos Terminais de Auto Atendimento CAIXA, "Internet banking CAIXA", na Rede de Casas Lotéricas, nos Correspondentes Bancários "CAIXA AQUI" e em qualquer Agência Bancária.
 - Após o vencimento, somente pode ser pago nas Agências da Caixa, Terminais de Auto Atendimento CAIXA, "Internet banking CAIXA", na Rede de Casas Lotéricas, nos Correspondentes Bancários "CAIXA AQUI".

Nome do Pagador/CNPJ/CPF/Endereço:

LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

091.655.114-84

R. DEZENOVE

ALAMEDA PAULIS

OLINDA

PE

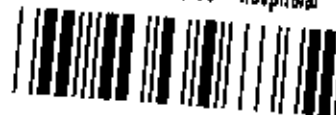
53422-020

Sector (wallst)

Autenticação no verso

Ficha de Compensação





**SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 39.10.2017
EM: 26.10.2017

Atendendo ao requerimento da Sr^a. LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA, RG Nº 7.745.484 SDS - PE, CPF Nº 091.655.114-84, declaramos que baseado na ficha de Ocorrência Nº S – 390635, do dia 08 de outubro de 2017, foi atendida pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Paulista, por volta das 12hs e 25min, vítima de atropelamento por automóvel, na Rodovia PE - 22, S/N, Maranguape – Paulista, nas proximidades do restaurante caldeirão, sendo em seguida removida para o Hospital da Restauração.

Jeane Andréa da Silva

Jeane Andréa da Silva
COREN 172162
Coordenadora de Enfermagem
SAMU-Paulista MAT. 60850

Jeane Andréa da Silva
Enfermeira
COREN-PE 172162



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 876494/2017.

NOME: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA.

Foi atendido às 13h18 do dia 08.10.2017.

Diagnóstico provável: T.C.E. - CONTUSÃO FONTAL
ESQUERDA SEM D.L.R.

(ATENDIMENTO)

Tratamento realizado: ECG = 14
TAC DE CRÂNIO - CONTUSÃO FONTAL ESQUERDA
TAC DE CERVICAL - NORMAL
USG FAST NORMAL
TAC CRÂNIO CONTROLE
IMATACULADO CONSERVADO

Obs: ALTA EM 13-10-2017

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 10-11-2017

SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SAMU
CRM: 4533

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

Katyane Maia Neves Teixeira
Escrevente Autorizada
3º Tabelionato de Notas
do Recife

3º TABELIONATO
DE NOTAS DO RECIFE

Autenticidade e presente cópia, reproduzida fiel do original que se foi apresentado. Em testemunho da verdade.
PE 10/11/2017 12:46:20
Katyane Maia Neves Teixeira - Escrevente
2017-0581887 ENL: 0,33 INSS: 0,66 INSS: 0,17
SELO DIGITAL: 0075692.0010201703.0356
Consulte autenticidade em: www.tipe Jus.br/selodigital



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1602101

Nome: Luiz Thays da Silva Oliveira

Foi atendido às 13 hs. do dia 8 de 10 de 17

Diagnóstico Provável: ① Contusão ocular
(em 10 de 106°)

Paciente encontra-se hospitalizado
no momento, em atendimento
aguardando tomografia cerebral para
avaliar.

Tratamento Realizado: Clínica

Observação: 51 pontos de alta hospitalar

Cópia de: Ref. 11/10/17

Henrika Negri
Neurocirurgia
CRM 9261
CRM - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bnk. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Av. Marechal Floriano Pereira, 36 - CEP 53014-000 - Paulista / PE - Fone: (81) 3019-0001

NOTAS: Este documento é válido para fins de comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original; Dou fé. Paulista/PE, 11/10/2017 15:53:27. Emol: R\$ 2,92; TSNR: R\$ 0,66; FERC: R\$ 0,33; ISS: R\$ 0,07. Op. 196 VICTOR JOSÉ MARQUES DE MELO - Escrevente autorizado. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital 0077552.TEM10201701.00023

Assinatura: [Assinatura]

RECEITUÁRIO/MÉDICO

Luiza Thays de Silva

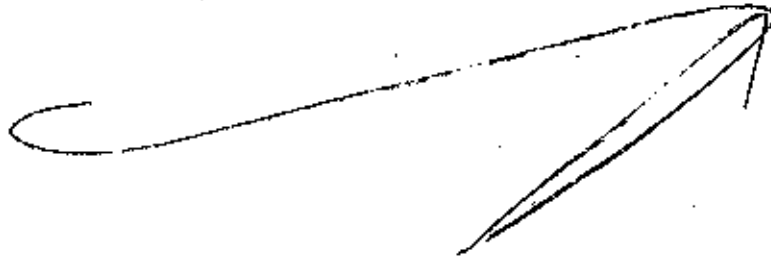
~~LABIRIN~~ 24 ug

Tem 1 cp 12/12h
60 dias

Assinatura e CRM do(a) médico(a)

Primer
Oa
Ringoro

Just in each, lack
parker de gorner



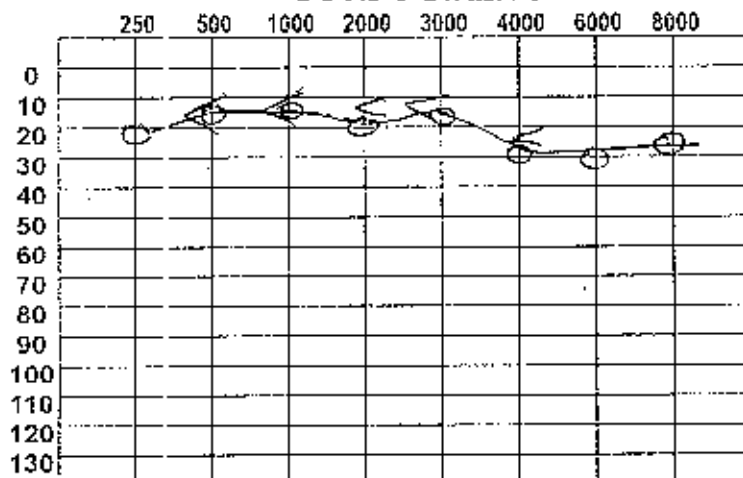
PREVIMAGEM

EXAMES DE IMAGEM E MEDICINA ESTÉTICA

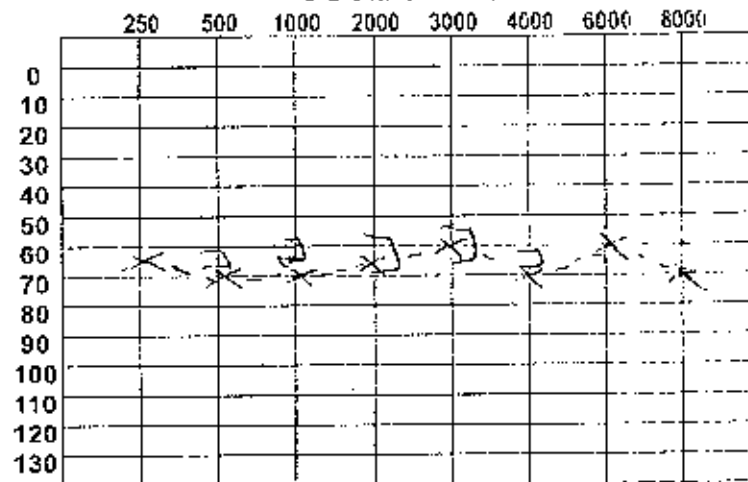
EXAMES AUDIOMÉTRICO

Nome: Leiza Thays da Silva Oliveira
 Idade: 37 Data de Nascimento: 31/01/1993 RG: 4745484 ORG. EXP.: SDS-PE
 Empresa: _____ Função: _____
 Meatoscopia: OD-C/Cerume () Sim () Não OE-Cerume () Sim () Não
 Repouso Aditivo: _____ Audiômetro AVS-500 Calibração: 39 01-2018
 Motivo da Consulta: _____
 Exposição a ruído: Sim () Não () Exposição Anterior: Sim () Não ()
 Uso de protetor auricular: () Concha () Plug () Não

OUVIDO DIREITO



OUVIDO ESQUERDO



COMPLACÊNCIA ESTÁTICA

	OD	OE
complacências	ml	ml
pressão	mmHg	mmHg
Volumen (+20f)	ml	ml

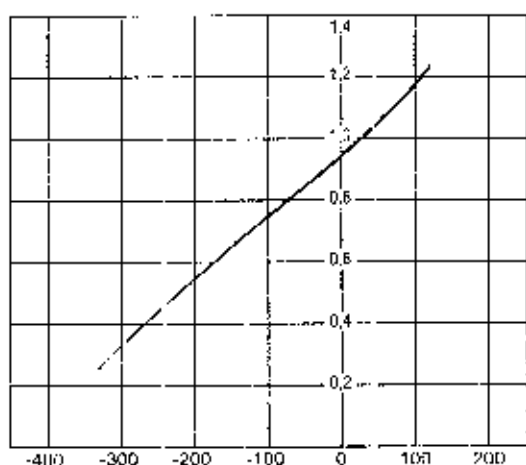
WI-RFR

	500	1000	2000	4000

MASCARAMENTO

	VA	VO
OD		
OE		

IMPANOMETRIA



DISCRIMINAÇÃO VOCAL

		%	dB	MASC.	SRT	SDT	MAIS
OD	MON	92	56				
	DISS				20		
	TRISS						
OE	MON	80	100	40			
	DISS	92	100		40		30
	TRISS						

(SONDA OE)

(SONDA OD)

	OD	OE
FREQUÊNCIAS	250 500 1000 2000 4000	250 500 1000 2000 4000
Líninar		
Contra		
IPSI		
DIFERENÇA		
DECAY		

CONCLUSÃO AUDIOLÓGICA:

OD: perda auditiva sensorial bilateral nas frequências de 4.000 a 6.000 Hz.
 OE: perda auditiva sensorial bilateral de grau moderado.

EU: Leiza Thays da Silva Oliveira

Estou ciente do resultado deste exame de audiometria.

Local Data: Paulista 15/02/2018

Carla
Fotografadora

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE FOMENTO SOCIAL
INSTITUTO PENITENCIÁRIO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

CAC-02




Oliveira

ASSISTENTE SOCIAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.745.484 DATA DE EXPECIÇÃO 28/11/2011

NOME << LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA >>

PAIS << LUIZ SAVIO DE OLIVEIRA >>

<< JURACY BATISTA DA SILVA OLIVEIRA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 31/01/1991

DOC ORIGEM << CN 75637-LA114-F.279-CURT.70ZONA-RECIFE/PE.14.02.1991 >>

CPF 091.655.114-84

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/09/83

R-46 05.012 - 3024

Documentos de identificação





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA**

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 31325 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028A. CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA
Ofício nº. 528/2019 Data 24/7/2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028A. CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal, Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 13:38 do dia 24 de Julho de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA** filho(a) de **LIUZ SAVIO DE OLIVEIRA** e de **JURACY BATISTA DA SILVA OLIVEIRA** de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Feminino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Solteiro (a)**, aparentando a idade de **28 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **RECIFE - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 7745484**, profissão **NÃO INFORMADO**, endereço **RUA 19, complemento: NÃO INFORMADO, bairro MARANGUAPE - II, telefone/s: (81)99124-8097, PAULISTA - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Refere a examinada que foi vítima de acidente de trânsito (atropelamento), fato ocorrido em via pública no dia 08/10/2017, por volta das 12:00 horas. Relata atendimento médico no Hospital da Restauração, conforme segue em anexo cópia de ficha de esclarecimento, datada de 10/11/2017 e assinada pelo médico Dr. Gilberto Wanderley Lima, CRM-PE: 4533; que diz: "...Foi atendido às 13h18 do dia 08/10/2017... Diagnóstico provável: TCE - Contusão frontal esquerda... Atropelamento... Tratamento realizado: ECG=14... TAC de crânio: Contusão frontal esquerda... Tratamento conservador... Alta em 13/10/2017...". Informa ainda a examinada que após acidente evoluiu com perda auditiva à esquerda. Apresenta Parecer do ORI (Otorrinolaringologista) cópia segue em anexo, datado de 07/12/2018 e assinado pelo médico otorrinolaringologista Dr. Roberto Menezes de Albertin, CRM-PE: 11645; que informa: "...É portadora de Disacusia neuro-sensorial à Esquerda moderada a grave. Orelha direita é normal. CID-10: H90 (Perda de audição por transtorno de condução e/ou neuro-sensorial)... RNM... sem apresentar alterações graves ou cirúrgicas..."

DESCRIÇÃO:

Exame Físico:

Ao exame físico atual: Ausência de lesões traumáticas visíveis macroscopicamente. Tegumento cutâneo íntegro.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Diante do exposto, concluímos que houve debilidade permanente do sentido da audição; caracterizada pela disacusia neuro-sensorial à Esquerda moderada a grave.

Do ponto de vista Médico-legal, a examinada encontra-se restabelecida.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar):

Sim. Debilidade permanente de sentido (audição); caracterizada pela disacusia neuro-sensorial à Esquerda moderada a grave.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Não.

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(ª). MARIANA CORTEZ FITTIPALDI - CRM 11095.

Dra. Mariana Fittipaldi
Médica Legista
CRM: 11.095/1 Matr: 263.653-6
Perito responsável

LUÍZA ALVES DA SILVA
001/07/20
17/09/19 857

Fábio Farias Alvim
Assistente em Gestão PCH
Matrícula nº 263.376



CC



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLICIA CIENTIFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTONIO PERSIVO CUNHA

PERICIA TRAUMATOLOGICA Nº 31325 / 2019



REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 028A. CIRCUNSCRICAO - PAULISTA
Ofício nº. 528 / 2019 Data 24 / 7 / 2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 028A. CIRCUNSCRICAO - PAULISTA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal, Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 13:38 do dia 24 de Julho de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA filho(a) de LUIZ SAVIO DE OLIVEIRA e de JURACY BATISTA DA SILVA OLIVEIRA de cor NÃO INFORMADO, sexo Feminino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Solteira (a), apresentando a idade de 28 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 7745484, profissão NÃO INFORMADO, endereço RUA 19, complemento: NÃO INFORMADO, bairro MARANGUAPE - II, telefone/s (81)99174-8997, PAULISTA - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Refere a examinada que foi vítima de acidente de trânsito (atropelamento); fato ocorrido em via pública no dia 08/10/2017; por volta das 12:00 horas. Relata atendimento médico no Hospital da Restauração, conforme segue em anexo cópia de ficha de esclarecimento, datada de 10/11/2017 e assinada pelo médico Dr. Gilberto Wanderley Lima, CRM-PE: 4533; que diz: "...Foi atendido às 13h18 do dia 08/10/2017... Diagnóstico provável: TCE - Contusão frontal esquerda... Atropelamento... Tratamento realizado: ECG=14... TAC de crânio: Contusão frontal esquerda... Tratamento conservador... Alta em 13/10/2017...". Informa ainda a examinada que após acidente recebeu pontuação auditiva à esquerda. Apresenta Parecer do ORI (Otorrinolaringologista) cópia segue em anexo, datado de 07/12/2018 e assinado pelo médico otorrinolaringologista Dr. Roberto Menezes de Albertin, CRM-PE: 11645; que informa: "...É portadora de Disacusia neuro-sensorial à Esquerda moderada a grave. Orelha direita é normal. CID-10: H90 (Perda da audição por transtorno de condução e/ou neuro-sensorial)... RNM... sem apresentar alterações graves ou cirúrgicas..."

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Ap exame físico atual: Ausência de lesões traumáticas visíveis macroscopicamente. Tegumento cutâneo íntegro.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Diante do exposto, concluímos que houve debilidade permanente do sentido de audição; caracterizada pela disacusia neuro-sensorial à Esquerda moderada a grave.

Do ponto de vista Médico-legal, a examinada encontra-se restabelecida.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar):

Sim. Debilidade permanente de sentido (audição); caracterizada pela disacusia neuro-sensorial à Esquerda moderada a grave.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PÉRSIVO CUNHA

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Não.

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(a). MARIANA CORTEZ FITTIPALDI - CRM 11095.

Dra. Mariana Fittipaldi

Médica Legista

CRM 11.095/1 Matr. 288.653-6

Perito responsável

Luiza Luíza da Silva
OC/107 Es.
17.09.19 857

Fábio Farias Alvim
Assistente em Gestão PCB
Matrícula nº 263.376-7

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190622022
Nome do(a) Examinado(a): Luiza Thays da Silva Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Dezenove, 4
Jaguaribe Paulista PE CEP: 53422-020
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7745484
Data local do acidente: [08/10/2017]
Data local do exame: [27/12/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TCE COM CONTUSÃO CEREBRAL
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: SUPORTE CLÍNICO.
Complicações: EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VÍTIMA CONSCIENTE E ORIENTADA AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO, REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. TEM AUDIOMETRIA ALTERADA, COM DISTÚRBO AUDITIVO EM OUVIDO ESQUERDO.
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
() Sim **(X) Não**
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>(X) "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Seqüela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
No meu entender não há como relacionar a perda auditiva ao TCE, visto que não foi relatado lesão no laudo do Hosp da Restauração, que corrobore trauma de tal monta que possa causar seqüela.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742


LEONARDO FARIAS NEVES
Médico
CRM/PE 17742

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386935/19

Vítima: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 091.655.114-84

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Outros



Idente: 08/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZA THAYS DA SILVA
OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA : 091.655.114-84

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: 05/11/2019
Nome: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 091.655.114-84

LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Luiza Thays da Silva Oliveira
Data do Acidente: 08/10/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 091.655.114-84

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Luiza Thays da Silva Oliveira
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 091.655.114-84
E-mail: luiza.oliveira62@gmail.com Tel.: (81) 99612-1904
Data: 29.10.2019 Assinatura: Oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):
Atendente: _____ Matrícula: _____
Data: _____ Assinatura: _____

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Luiza Thays de Silva Oliveira
Data do Acidente: 11/10/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 091.655.114-84

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Luiza Thays de Silva Oliveira
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 091.655.114-84
E-mail: luiza.oliveira62@gmail.com
Data: 29.10.2019 Assinatura: Luiza Oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):
Atendente: Matrícula:
Data: Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190622022 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 08/10/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO (CONTUSÃO FRONTAL ESQUERDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: # SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386935/19

Vítima: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 091.655.114-84

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA : 091.655.114-84

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: 05/11/2019
Nome: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 091.655.114-84

LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190622022 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 08/10/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO (CONTUSÃO FRONTAL ESQUERDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: # SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190622022 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 08/10/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE COM CONTUSÃO CEREBRAL

Descrição do exame físico: VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADA AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO, REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. TEM AUDIOMETRIA ALTERADA, COM DISTÚRBO AUDITIVO EM OUVIDO ESQUERDO.(NÃO RELACIONADO AO TRAUMA)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, SUPORTE CLÍNICO.
EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelae permanentes:

Sequelae: Sem sequela

Data do exame físico: 27/12/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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



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, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190622022 Vítima: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 08/10/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
---------------------------------	--

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. 01469/01470 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 15080677

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190622022

Vítima: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 08/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

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, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190622022

Vítima: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 08/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190622022

Vítima: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 08/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017798

Vítima: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 08/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

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, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200017798 Vítima: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 08/10/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
--------------------------------	--

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



Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017798

Vítima: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 08/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3190622022** 3 - CPF da vítima: **091.655.114-84** 4 - Nome completo da vítima: **Luiza Thays da Silva Oliveira**

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

5 - Nome completo: **Luiza Thays da Silva Oliveira** 6 - CPF: **091.655.114-84**
7 - Profissão: **Técnica em edificações** 8 - Endereço: **Rua Dezenove (Lot Alameda Paulista)** 9 - Número: **04** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Maranguape II** 12 - Cidade: **Paulista** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53422-020**
15 - E-mail: **luiza.oliveira62@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(81) 99612-1904**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **2080** CONTA: **0021680** 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Paulista, 07 de dezembro de 2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)