
Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221821

Vítima: KARINE RODRIGUES DE ARRUDA

Data do Acidente: 06/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KARINE RODRIGUES DE ARRUDA

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, 05 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221821

Vítima: KARINE RODRIGUES DE ARRUDA

Data do Acidente: 06/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KARINE RODRIGUES DE ARRUDA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **KARINE RODRIGUES DE ARRUDA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001028**

Conta: **0000065188-2**

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



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **077.598.774-39 Karine Rodrigues de Almeida**

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

5 - Nome completo: **Karine Rodrigues de Almeida** 6 - CPF: **077.598.774-39**
7 - Profissão: **Recebe** 8 - Endereço: **Rua Odete Monteiro** 9 - Número: **450** 10 - Complemento: **após**
11 - Bairro: **Condomínio** 12 - Cidade: **Recife** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **50.711-440**
15 - E-mail: **(81) 98471 0065**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (documentos para os bancos abaixo. Anote uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (dados do banco)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **1028** CONTA: **65388** 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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: ☐ Sim ☐ Falecidos: ☐ Não 30 - Vítima deixou herdeiros (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Falecidos: ☐ Não 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Recife 18 de junho de 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Karine Rodrigues de Almeida**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0096002320

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/06/2020 às 15:32

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 6/5/2019 às 14:20

Fato ocorrido no endereço: **RUA ODETE MONTEIRO, 1, VIA PUBLICA** - Bairro: **CORDEIRO** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 50711-440 - Ponto de Referência: **PROXIMO AO CASARAO DO**
CORDEIRO
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
PEDRO CANUTO DE GOES (OUTRO)
KARINE RODRIGUES DE ARRUDA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **KARINE RODRIGUES DE**
ARRUDA

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

KARINE RODRIGUES DE ARRUDA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **IRENE RODRIGUES DA SILVA** Pai:
CICERO ERONILDES DE ARRUDA Data de Nascimento: **28/7/1986** Naturalidade: **IPOJUCA / PERNAMBUCO /**
BRASIL Documentos: **7543679/505-PE (RG) 07759877439 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU**
COMPLETO Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares:
- **964525638**

Endereço Residencial: **RUA ODETE MONTEIRO, 450, BL 1, APT 05 - CEP: 55000-000 - Bairro: CORDEIRO -**
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A DELEGACIA DO GOE

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

PEDRO CANUTO DE GOES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO /**
PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PEDRO CANUTO DE GOES**, que estava em posse do(a) Sr(a):
KARINE RODRIGUES DE ARRUDA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN K5** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEU7925 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **328547476** Chassi: **9C2JC4110BR742251**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

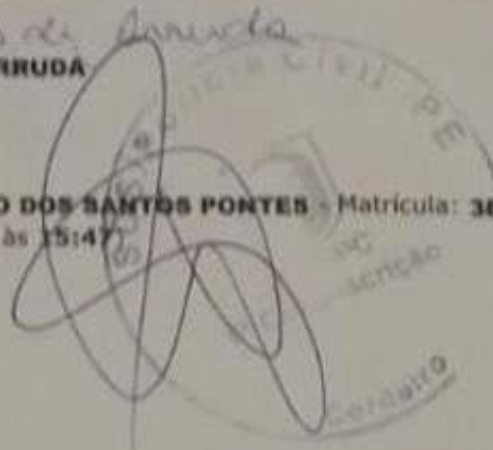
A SRA. KARINE RODRIGUES DE ARRUDA ESTEVE PRESENTES A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA REGISTRAR QUE FÔRA VÍTIMA DE UMA ACIDENTE DE TRÂNSITO. KARINE AFIRMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NAS IMEDIAÇÕES DA RUA ODETE MONTEIRO, BAIRRO DO CORDEITO, RECIFE-PE, PRÓXIMO A SUA RESIDÊNCIA, QUANDO PERDEU O EQUILÍBRIO DA SUA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR. A VÍTIMA AFIRMA QUE FOI SOCORRIDA DE IMEDIATO PARA A UPA DO BAIRRO DOS TORRÕES E QUE FOI CONSTATATO FRATURA NO OMBRO DIREITO, E QUE ATUALMENTE ESTÁ FAZENDO TRATAMENTO DE FISIOTERAPIA NO HOSPITAL GETULIO VARGAS.

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

Karine Rodrigues de Arruda

KARINE RODRIGUES DE ARRUDA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **THIAGO DOS SANTOS PONTES** - Matrícula: 387303-0
(Liberado em 17/06/2020 às 15:47)



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **077.598.774-39 Karine Rodrigues de Almeida**

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

5 - Nome completo: **Karine Rodrigues de Almeida** 6 - CPF: **077.598.774-39**
7 - Profissão: **Receita** 8 - Número: **350** 9 - Complemento: **10 - Complemento: 11 - Bairro: Cerdino** 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: **50.711-440** 15 - E-mail: **(81) 98471 0065**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (documentos para os bancos abaixo. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1028** CONTA: **65388** 2

☐ CONTA CORRENTE (dados de banco)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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: _____

30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____

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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Recife 18 de junho de 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Karine Rodrigues de Almeida**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

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: 29/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KARINE RODRIGUES DE ARRUDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01028

CONTA: 000000065188-2

Nr. da Autenticação 238BF8814B01B55C

60: 980.719.390

31/05/2019

341867

DESTINATARIO



CTC RECIFE PE PL1
JOSE VALDENIR DA SILVA
R ODETE MONTEIRO 450 BL 01 AP 05
CORDEIRO
50711-440 RECIFE PE



7213098639678030000034186730310519



Nome: KARINE RODRIGUES DE ARRUDA

Nº registro: 388156

Dt. Nasc.: 28/07/86 - 32 ano (s)

Mãe: IRENE RODRIGUES DA SILVA

Endereço: R. ODETE MONTEIRO, nº 450, CORDEIRO, RECIFE - PE

Data/hora: 06/05/2019 - 14:47 **Nº pág.:** 1/2

Sexo: Feminino

Fone: 8186898685

FICHA DE ATENDIMENTO

CR: ORTOPEDIA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM

- QUEIXA

- DOR EM OMBRO DIREITO + ESCORIAÇÕES PELO CORPO DEVIDO A QUEDA DE MOTO REFERE: HAS-DM-ALERGIAS-DOR/FLEX

ORIGEM

-

TIPO DE CHEGADA

-

OBSERVAÇÕES

-

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação e medidas clínicas

- DOR 5

DOR 5

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

-

JUSTIFICATIVA

-

MEDICA

Queda de motocicleta hoje. Trauma no ombro direito e nos membros inferiores

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: °

PA:

x mmHg

HGT: mg/dL

Dor à mobilização do ombro direito. Escoriações nos joelhos

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

V28 - MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSPORTE SEM COLISÃO |
CAPOTAMENTO

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: LUCAS DE SA CAVALCANTI. CRM: 19671. Data e Hora: 06/05/2019 15:12:23.

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torreões CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3154-4440



Paciente: KARINE RODRIGUES DE ARRUDA
Prontuário: 00250589

Exame(s): US ARTICULAR (01 ARTICULAÇÃO) (direito)

Médico(a) Solicitante: HENRIQUE JUNIOR

Data: 24/05/2019

ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

COMENTÁRIOS:

- Traço de fratura na cabeça umeral, também caracterizado em radiografia realizada em outro Serviço, disponibilizada pela paciente.
- Tendão da cabeça longa do biceps de ecogenicidade preservada, localizado no interior do sulco intertuberositário.
- Tendão supra-espinhoso de espessura e contornos preservados, com textura heterogênea.
- Demais tendões do manguito rotador de espessura e padrão fibrilar preservados.
- Não identificamos coleções líquidas intra-articulares ou nas bursas.
- Articulação acrômio-clavicular preservada.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Fratura da cabeça umeral. ✓
- Tendinopatia do supraespinhal.

Osório de Souza Leão Filho
DR OSMUNDO DE SOUZA LEÃO FILHO
CRM-PE 18641



UNIDADE RECIFE

Av. Caxangá, nº 2351 - Condomínio
Recife/PE - CEP: 50 721-000



08 00 2011 0400



www.okdoutor.com

Nome do Paciente: KARINE RODRIGUES DE ARRUDA

Data de Nascimento: 28/07/1986

Médico Solicitante: ADA OLIVEIRA ALMEIDA

Prontuário: 150143

Atendimento: 381933

Idade: 33a 0m 29d

Pedido: 145162

Data do Atendimento: 10/06/2019

Laudos: 118552

Sexo: F

Data do Exame: 10/06/2019

Data do Laudo: 10/06/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO

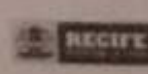
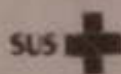
TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas aquisições do ombro em tomógrafo computadorizado de multidetectors, sem a administração venosa do contraste iodado.

ANÁLISE:

1. Sinais de fratura da tuberosidade maior do úmero, com extensão a goteira bicipital, sem extensão a superfícies articulares e sem deslocamento significativo de fragmento ósseo, com distância entre os fragmentos menor que 3,0 mm, estando os fragmentos alinhados.
2. Demais estruturas ósseas encontram-se com morfologia e atenuação preservados.
3. Cabeça umeral com morfologia e atenuação habituais.
4. Ventres musculares apresentam trofismo e atenuação preservada.
5. Tela subcutânea de aspecto anatômico.
6. Não há derrame articular significativo.

MILENA OLIVEIRA ALMEIDA
CRM - 14538



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Karine Rodrigues de Arruda
Loc. Nasc. Ipanema Est. PE Data 28.07.86
Filiação Cícero Eronildes de Arruda
Irene Rodrigues da Silva
Doc. Nº RG 7.543.670 - SDS - PE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 30.08.09 DRT PE
Rita de Cássia Monteiro Rita de Cássia Monteiro
Assinatura do Funcionário Mat. 227784-0



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número

19524

Série

00083



Karine Rodrigues de Arruda
ASSINATURA DO PORTADOR





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **077.598.774-39**

Nome: **KARINE RODRIGUES DE ARRUDA**

Data de Nascimento: **28/07/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **14/10/2005**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **12:46:07** do dia **22/06/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **3284.FF12.FA35.1814**



Este documento não substitui o [“Comprovante de Inscrição no CPF”](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200221821 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KARINE RODRIGUES DE ARRUDA **Data do acidente:** 06/05/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CABEÇA UMERAL DIREITA. P 2/3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 1

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **Karine Rodrigues da Anuola**
 Data do Acidente: **06.05.2025** CPF da vítima: **072.598.774-38**
 Portador da documentação:

Qualificação do Portador: ☐ Vítima ☐ Representante legal, cujo parentesco com a vítima é:
 Endereço do portador:

Nome: _____ Complemento: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone: **(81) 984430065**
 E-mail: **9344013**

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)
☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☒ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
☒ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: _____
 Identidade: _____
 Assinatura: _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
☒ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
☒ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
☒ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo recetário médico (cópia simples e legível)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☒ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☒ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
☒ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, podendo ser solicitados documentos complementares, como os listados, ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: **06 de Junho 2025**
 Nome: **Karine Rodrigues da Anuola**
 Assinatura: _____

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171840/20

Vítima: KARINE RODRIGUES DE ARRUDA

CPF: 077.598.774-39

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 06/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KARINE RODRIGUES DE ARRUDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KARINE RODRIGUES DE ARRUDA : 077.598.774-39

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/06/2020
Nome: KARINE RODRIGUES DE ARRUDA
CPF: 077.598.774-39

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

KARINE RODRIGUES DE ARRUDA

RAIANNE SILVA BARBOSA