

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, 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



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, 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, retorno 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:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	077.598.774-39	Karine Rodrigues de Araújo	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Karine Rodrigues de Araúdo	077.598.774-39		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
funcionária	Rua Odete Monteiro	450	Bloco 4 p 05
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Cordovil	Recife	PE	50.711-440
15 - E-mail:	(81) 5847-0065		

DADOS CADASTRAIS

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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 CONTA POLUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anotar uma opção)
 Bradesco (237)
 Itaú (461)
 Banco do Brasil (001)
 Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1028

CONTA: 65188

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorize a Seguradora Lider 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 6.294/74), 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 Lider 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: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou marido/juliana?: 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 Lider pagará, caso devidamente, 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.

NÃO ALFABETIZADO
 Inscreva-se
 digitalmente
 utilizando
 sua identificação
 biométrica

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

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

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

40 - Local e Data

 Recife 18 de junho de 2022
 Karine Rodrigues de Araújo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

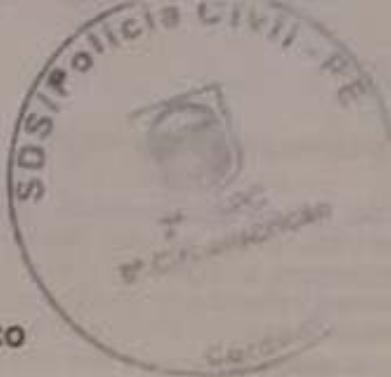
39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ºCIRC DIM/2ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0096002320

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

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

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

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:

VÉHICULO: (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** Msc: **IRENE RODRIGUES DA SILVA Pac**
CICERO ERONILDES DE ARRUDA Data de Nascimento: **28/7/1986** Naturalidade: **IPOJUCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7543670/5050PE (RG) 077559877439 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **- 984525638**

Endereço Residencial: **RUA ODETE MONTEIRO, 450, BL 1, APT 05 - CEP: 55000-000 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO 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 (VEÍCULO) 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 KS** 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

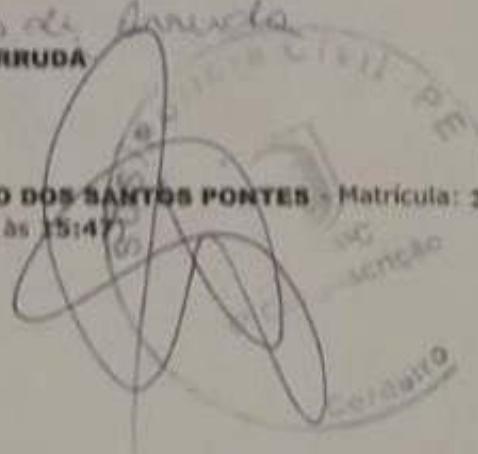
A SRA. KARINE RODRIGUES DE ARRUDA ESTEVE PRESENTES A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA REGISTRAR QUE FÔRA VÍTIMA DE UMA ACIDENTE DE TRÂNSITO. KARINE AFIRMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NAS IMEDIACÕES DA RUA OBETE MONTEIRO, BAIRRO DO CORDEITO, RECIFE-PE, PRÓXIMO A SUA RESIDÊNCIA, QUANDO PERDEU O EQUILÍBRIO DA SUA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR. A VÍTIMA AFIRMA QUE FOI SOCORRIDA DE IMEDIATO PARA A UPA DO BAIRRO DOS TORRÓES E QUE FOI CONSTATADO 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
(VITIMA)**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

Nome completo da vítima:
077.598.774-39 Karine Rodrigues de Araújo

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

5 - Nome completo:

Karine Rodrigues de Araúdo

6 - CPF:

077.598.774-39

7 - Profissão:

Karine Rodrigues de Araúdo

7 - Número:

450 82014005

11 - Bairro:

Cordivis

12 - Cidade:

Recife

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50.711-440

15 - E-mail:

(81) 5847 0065

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 CONTA POLUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anotar uma opção)
 Bradesco (237)
 Itaú (461)
 Banco do Brasil (001)
 Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1028

(Inserir o dígito se existir)

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA CORRENTE (Inserir o banco)

Nome do BANCO:

CONTA: 65188

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Inserir o dígito se existir)

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

Autorize a Seguradora Lider 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 6.294/74), 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.294/74.

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):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

 Sim Não

Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

mochileiro/a/motorista?

 Sim Não

31 - Vítima

tinha irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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.

NÃO ALFAIRIZADO

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

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

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

40 - Local e Data

Recife 18 de junho de 2022
 Karine Rodrigues de Araúdo

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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

31/05/2019 341867

ESTIMATED



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



卷之三



Nome: KARINE RODRIGUES DE ARRUDA

Nº registro: 388156

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

Mae: 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 PELÔ CORPO DEVIDO A QUEDA DE MOTO REFERE: HAS-DM-ALERGIAS

DORFLEX

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSEVAÇÕES

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADAT

- SIM

AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLÍNICAS

- DOR 5

- DOR 5

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MÉDICA

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

EXAME FÍSICO:

Peso:

(PA) x mmHg

Altura:

HGT: mg/dL

IMC: ()

Temperatura: °

Dor à mobilização do ombro direito. Escoriações nos joelhos

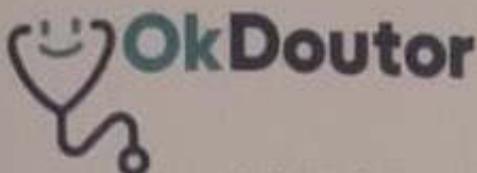
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

V25 - 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, Torreão 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-espinhosso 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

DR OSMUNDO DE SOUZA LEÃO FILHO
CRM-PE 18641



UNIDADE RECIFE
Av. Caxangá, nº 2331 - Condeps
Recife/PE - CEP: 50.721-000



0800 2011 0400



www.okdoutor.com



Nome do Paciente..... KARINE RODRIGUES DE ARRUDA
Data de Nascimento... 28/07/1988 Idade..... 33a 0m 20d Laudo..... 118552
Médico Solicitante... ADA OLIVEIRA ALMEIDA Sexo..... F
Prontuário..... 150143 Pedido..... 145162 Data do Exame.. 10/06/2019
Atendimento..... 381933 Data do Atendimento.. 10/06/2019 Data do Laudo.: 10/06/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO

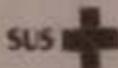
TÉCNICA DE EXAME:

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

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. Ipojuca Est. PE Data 28/07/86

Função Cicero Eromildes de Arruda

Irene Rodrigues da Silva

Doc. Nº RG 7.54.3670 - 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 Mat. 227784-0

Assinatura do Funcionário



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**

Dígito 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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **Karine Rodriguez de Araujo**

Data do acidente:

06.05.2015 (CPF da vítima)

Portador da documentação:

 Vítima Representante Legal, cuja parentesco com a vítima é:

Endereço do portador:

Número:

Complemento:

Cidade:

UF:

CEP:

Bairro:

Telefone: (81) 9 8411-0065

93340011

E-mail:

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 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) 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) Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatório (cópia simples e legível) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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, (pai ou tutor) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Invalidade Permanente = até R\$ 13.500,00

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

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)

Comprovante de residência em nome da vítima menor de 0 a 15 anos, (pai ou tutor)

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, (pai ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:

Data:

Identidade:

Nome:

Assinatura:

Assinatura: **Karine Rodriguez de Araujo**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:

Data:

Identidade:

Nome:

Assinatura:

Assinatura:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171840/20

Vítima: KARINE RODRIGUES DE ARRUDA

CPF: 077.598.774-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/05/2019

Titular do CPF: KARINE RODRIGUES DE ARRUDA

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

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