



Número: **0029084-14.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
KARINE RODRIGUES DE ARRUDA (AUTOR)	DIVANETE MARIA ALMEIDA DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69188 637	07/10/2020 15:26	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15879812



01853/01854 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 15:26:11
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010071526114280000067849951>
Número do documento: 2010071526114280000067849951

Nº 69188637 - Pág. 1



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 Per

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =

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

2 - N° do sinistro ou RSI:

3 - CPF 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:

6 - Profissão:

7 - Endereço:

8 - Bairro:

9 - Cidade:

10 - Estado:

11 - CEP:

12 - Telefone:

13 - E-mail:

14 - CPF:

15 - Número:

16 - Complemento:

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:

REUSSO 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:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Documento para os bancos abaixo. Anexe uma cópia)

Bradesco (257) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Documento para os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

6028

CONTA:

65188

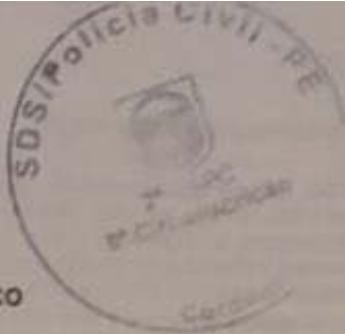
(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)



**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** - Ponta 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:

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** Mae: **IRENE RODRIGUES DA SILVA** Pai: **CICERO ERONILDES DE ARRUDA** Data de Nascimento: **28/7/1986** Naturalidade: **IPOJUCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **7543670/SDS-PE (RQ) 07759877439 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. 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, 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 CORDEIRO, 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 CONSTATADA 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)

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 15:26:11
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100715261142800000067849951>
Número do documento: 20100715261142800000067849951

Num. 69188637 - Pág. 5



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 RSI:

3 - CPF 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 NR 445/2012

5 - Nome completo: Karine Rodrigues de Araújo	6 - CPF: 077.598.774-39
7 - Profissão: auxiliar	7 - Endereço: Rua Vidente Monteiro
11 - Bairro: Centro	12 - Cidade: Recife
13 - Estado: PE	14 - CEP: 50.711-440
15 - E-mail:	16 - Telefone: (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:				
<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA			<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
			<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:			BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Documento para os bancos abaixo. Anexe uma cópia)			<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (212) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Dados do banco)	
AGÊNCIA: 1028			Nome do BANCO: _____	
CONTA: 65188			AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Inserir o dígito se estiver)			(Inserir o dígito se estiver)	(Inserir o dígito se estiver)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que me 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

<input type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 6.294/74], uma vez que:
<ul style="list-style-type: none"> • Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IMI 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 IMI, 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 - Endereço civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou meuclar (falecidos)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> 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.

34
Indicativo
digital da
vítima ou
representante
legal (fotocópia)

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

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

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

38 - 1º | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

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

Karine Rodrigues de Araújo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 15:26:11
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100715261142800000067849951>
Número do documento: 20100715261142800000067849951

Num. 69188637 - Pág. 7



60. 983.710.390
31/05/2019

341867

DESTINATÁRIO

|||||

CTC RECIFE PE PL1

JOSE VALDEMIR DA SILVA

R ODETE MONTEIRO 450 BL 01 AP 05

CORDEIRO

50711-440 RECIFE PE



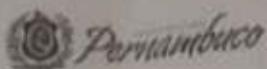
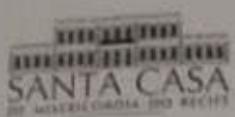
721309883987803000034186730310519



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 15:26:11
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100715261142800000067849951>
Número do documento: 20100715261142800000067849951

Num. 69188637 - Pág. 8

Digitalizada com CamScanner



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 + ESCORTAÇÕES NO CORPO DEVIDO A QUEDA DE MOTO REFERE: HAS-DM-ALERGIAS

DOR/FLEX

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OSSERVAÇÕES

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- 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: Altura: IMC: () Temperatura: °
PA: x mmHg HGT: mg/dL

Dor à mobilização do ombro direito. Escoriações nos joelhos.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

V26 - 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.

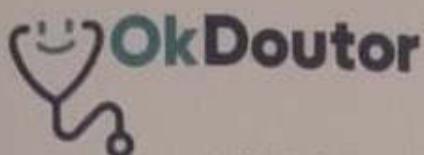
Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torrões CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 15:26:11
<https://pje.jpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100715261142800000067849951>
Número do documento: 20100715261142800000067849951

Num. 69188637 - Pág. 9



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.

DR OSMUNDO DE SOUZA LEÃO FILHO
CRM-PE 18641



UNIDADE RECIFE

Av. Ceará, nº 2331 - Cordeiro
Recife/PE - CEP: 50.721-000



0800 2011 0400



www.okdoutor.com

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 15:26:11
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100715261142800000067849951>
Número do documento: 20100715261142800000067849951

Num. 69188637 - Pág. 10



Nome do Paciente: KARINE RODRIGUES DE ARRUDA
Data de Nascimento: 28/07/1986 Idade: 33a 0m 29d
Médico Solicitante: ADA OLIVEIRA ALMEIDA
Prontuário: 160143 Pedido: 145162
Atendimento: 381933 Data do Atendimento: 10/06/2019
Laudo: 118552
Sexo: F
Data do Exame: 10/06/2019
Data do Laudo: 10/06/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO

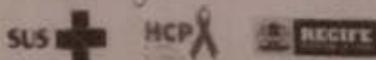
TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas aquisições do ombro em tomógrafo computadorizado de multidetectores, 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



Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 15:26:11
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100715261142800000067849951>
Número do documento: 20100715261142800000067849951

Num. 69188637 - Pág. 11

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Karine Rodrigues de Arruda

Loc. Nasc. Ipojuca Esp. PE Data 28/07/86

Função Cicero Eronildes de Arruda

Karine 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

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 15:26:11
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100715261142800000067849951>
Número do documento: 20100715261142800000067849951

Num. 69188637 - Pág. 12



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 19524 Série 00083

Karine Rodrigues de Arruda
ASSINATURA DO PORTADOR



Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 15:26:11
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100715261142800000067849951>
Número do documento: 20100715261142800000067849951

Num. 69188637 - Pág. 13



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 15:26:11
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100715261142800000067849951>

Número do documento: 20100715261142800000067849951

Num. 69188637 - Pág. 15

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

Vítima: Karine Rodrigues de Araujo Data do Acidente: 06.05.2019 [Cópia da vítima: 077-598-774-828]		IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	
Portador da documentação: <input type="checkbox"/> Qualificação do Portador: <input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é: Número: Corporamento: Bairros: Endereço: UF: CEP: Telefone: (81) 9 841-10065 E-mail: 97140-011		MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO	
DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS: <input type="checkbox"/> Formulário de Pedido do Seguro DPVAT <input type="checkbox"/> Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial [cópia simples e legível] <input type="checkbox"/> 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] <input type="checkbox"/> CPF da vítima [cópia simples e legível] <input type="checkbox"/> Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado [cópia simples e legível] <input type="checkbox"/> Comprovantes [originais e legíveis] das despesas médicas hospitalares, quitadas <input type="checkbox"/> Notas fiscais [originais e legíveis] de farmácia acompanhadas do respectivo recibo/relatório médico [cópia simples e legível] <input type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome da vítima [cópia simples e legível]		MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO	
DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS: <input type="checkbox"/> 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] <input type="checkbox"/> CPF do representante legal, se houver [cópia simples e legível] <input type="checkbox"/> 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, (pôlo ou tutor)		MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO	
INFORMAÇÕES IMPORTANTES		VALORES DE INDENIZAÇÕES: Morte = R\$ 13.500,00 Invalido Permanente = até R\$ 13.500,00 Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)	
NOTAS (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO			
DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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] <input type="checkbox"/> CPF do Representante Legal, se houver [cópia simples e legível] <input type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver [cópia simples e legível] 			
NOTAS (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO			
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA		RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODAM	
Data: Identidade: Ausinatura:		Dia: 26 Mês: Junho Ano: 2020 Nome: Karine Rodrigues de Araujo Assinatura: Karine Rodrigues de Araujo	

Digitalizada com CamScanner



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 15:26:11
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100715261142800000067849951>
Número do documento: 20100715261142800000067849951

Num. 69188637 - Pág. 17