



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
69188637	07/10/2020 15:26	ANEXO 1	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, 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

Carta nº 15879812





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, 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

Pag. 00709/00710 - carta_15R - INVALIDEZ

00020355





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AGL:

3 - CPF da vítima:

077.598.774-39

4 - Nome completo da vítima:

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:

caso

8 - Endereço:

Rua Odete Monteiro

9 - Número:

450

10 - Complemento:

após

11 - Bairro:

Cenário

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 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 (somente para os bancos citados. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1028

CONTA: 65188

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(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 (ou 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 ☐ Não

30 - Vítima deixou herdeiros/potestados? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ 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)

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 GÖES (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: **CIGERO ERONILDES DE ARRUDA** Data de Nascimento: **28/7/1986** Nacionalidade: **IPOJUCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7543670/SDS-PE (RG)** **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: **55009-000** - Bairro: **CORDEIRO** - **RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A DELEGACIA DO GOE**

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

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PEDRO CANUTO DE GÖES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **KARINE RODRIGUES DE ARRUDA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN XS** 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 FOI VÍTIMA DE UMA ACIDENTE DE TRÂNSITO. KARINE AFIRMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NAS IMEDIAÇÕES DA RUA ODETE 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 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
(VÍTIMA)

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E 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: Renda 8 - Número: 9 - Complemento: 10 - CEP: 11 - Bairro: Candeias 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51.711-440
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 ☐ R\$1.000,00 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. Anote uma opção): ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1028 CONTA: 65188 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 (ou 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 necessitar/pensionista? ☐ 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 - Assinatura da vítima ou do representante legal: 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



501.983.719.390
DESTINATARIO

31/05/2019

341867



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



75130963967803000034186730310519



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 pag.: **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:

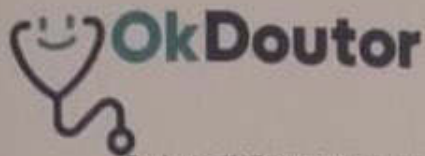
V25 - MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSPORTE SEM COLISÃO |
CAPOTAMENTO

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 15:32:23.

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

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





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.

Henrique Junior
DR OSMUNDO DE SOUZA LEÃO FILHO
CRM-PE 18641



UNIDADE RECIFE

Av. Ceará, nº 2351 - Condeiro
Recife/PE - CEP: 50 721-000



08 00 2011 0400



www.okdoutor.com

Digitalizada com CamScanner



Nome do Paciente: KARINE RODRIGUES DE ARRUDA
Data de Nascimento: 28/07/1986 Idade: 33a 0m 20d
Médico Solicitante: ADA OLIVEIRA ALMEIDA
Prontuário: 160143 Pedido: 145162
Atendimento: 381933 Data do Atendimento: 10/06/2019
Laudo: 116552
Sexo: F
Data do Exame: 10/06/2019
Data do Laudo: 10/06/2019


TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO

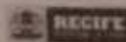
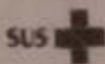
TÉCNICA DE EXAME:

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 ha derrame articular significativo.


MILENA OLIVEIRA ALMEIDA
CRM - 14538



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Karine Rodrigues de Arruda
Loc. Nascimento Ipojuca 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

Assinatura do Funcionário

Rita de Cássia Monteiro
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



Digitalizada com CamScanner





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:**

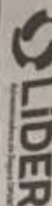
Observações:

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:

Data do Acidente:

Portador da documentação:

Qualificação do Portador:

Endereço do portador:

Número:

Complemento:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

RG:

DT:

ST:

IN:

UF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

<

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

