



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
ACRE
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07072954520208010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	14/12/2020 10:10:39

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A
--------------	--

Documentos

Petição:	2775253_CONTESTACAO_0 3 - 1-10.pdf
Anexo - Petição:	2775253_CONTESTACAO_A nexo_02 - 1-12.pdf
Anexo - Petição:	2775253_CONTESTACAO_A nexo_02 - 13-20.pdf
Anexo - Petição:	2775253_CONTESTACAO_A nexo_02 - 21-23.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 1-9.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 10-18.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 19-20.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



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, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190589429 Vítima: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

Data do Acidente: 03/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

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

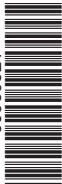
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01241/01242 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14982215

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA PAULI e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 14/12/2020 às 10:10 , sob o número WEB120700695257. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0707295-45.2020.8.01.0001 e código 27E1F66.

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190589429

Vítima: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

Data do Acidente: 03/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190589429

Vítima: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

Data do Acidente: 03/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 05/07/2019, emitido pelo Dr. ILEGIVEL CRM nº 000000 - AC, da Instituição HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 768437.852-04 4 - Nome completo da vítima: Joana da Costa Ferreira 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: Joana da Costa Ferreira Araújo 6 - CPF: 768437.852-04
7 - Profissão: professora 8 - Endereço: Rua Rio Negro 9 - Número: 296 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pátio da Amoreira 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 69.915-838
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (68) 99184-2502

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. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
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 requerer verba de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 6º, 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data e hora 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 resíduo (voluntário)? ☐ 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 legível da vítima/beneficiário ou representante legal
35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido
36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rio Branco, 16 de outubro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Joana da Costa F. Araújo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 768.437.852-04 4 - Nome completo da vítima: Joana da Costa Ferreira 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: Joana da Costa Ferreira Araújo 6 - CPF: 768.437.852-04
7 - Profissão: professora 8 - Endereço: Rua Rio Negro 9 - Número: 296 10 - Complemento:
11 - Bairro: Portal da Amazônia 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.915-838
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (68) 9997-2502

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Banco do Brasil
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 2358 2 CONTA: 24769 3
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e o quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Branco, 16 de setembro de 2019

Joana da Costa F. Araújo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA CENTRAL DE FLAGRANTES - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031927/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/08/2019 16:07 Data/Hora Fim: 23/08/2019 16:22
Delegado de Polícia: Cléber Gnatta

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Central de Flagrantes
Data/Hora do Fato: 03/07/2019 19:42

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: Avenida Castelo Branco

Bairro: Centro

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Boca do Acre Sexo: Feminino Nascimento: 04/05/1978

Profissão: Professor

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria do Fátima Mariano da Costa

Nome do Pai: José Ferreira

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: Rua Rio Negro

Bairro: Portal da Amazônia

Telefone: (68) 99214-8989 (Celular)

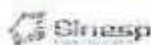
Nº: 296

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que trafegava em via pública em sua motocicleta placa NXS4414 Honda CG 160 quando veio um veículo tipo Corolla placa EWU4940 bateu em sua motocicleta. Que a comunicante estava fazendo o retorno na rotatória o veículo colidiu com sua moto. Que nas proximidades havia um SAMU e fez o atendimento no local. Que a comunicante foi levada para o Hospital Dr. Ary Rodrigues, porém seria necessário que a comunicante viesse para o Pronto Socorro de Rio Branco, pois seu dedo direito do pé tinha quebrado e rompimento de ligamento na perna. Que a comunicante teve múltiplos ferimentos na cavidade bucal.



Delegado de Polícia Civil: Cléber Gnatta
Impresso por: Nágila Janside da Cruz Araújo
Data de Impressão: 23/08/2019 16:22
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPO - Procedimentos Policiais Eletrônicos

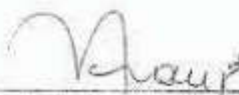


GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA CENTRAL DE FLAGRANTES - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031927/2019

ASSINATURAS


Nágila Janilde da Cruz Araújo
Agente de Polícia
Matrícula 9409076-1
Responsável pelo Atendimento


Joana da Costa F. Araújo
(Comunicante)

*Ocorrência para os devidos fins de direito que sou o(a) (abaixo) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei
verdade, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.*



Delegado da Polícia Civil: Clóvis Gnaeta
Impresso por: Nágila Janilde da Cruz Araújo
Data de impressão: 23/08/2019 16:22
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 768437.852-04 4 - Nome completo da vítima: Joana da Costa Ferreira 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: Joana da Costa Ferreira Araújo 6 - CPF: 768437.852-04
7 - Profissão: professora 8 - Endereço: Rua Rio Negro 9 - Número: 296 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pátio da Amoreira 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 69.915-838
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (68) 9918-2502

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. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil
AGÊNCIA: 2358 2 CONTA: 77769 3
(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 requerer verba de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assimilado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 6º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data e hora 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 resíduo (ou resíduo)? ☐ 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 legível da vítima/beneficiário ou representante legal: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: Rio Branco, 16 de outubro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Joana da Costa F. Araújo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

[illegible]

Governo do Estado do Acre
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre 
 Fundação de Saúde, 20 de Novembro de 2014

Unidade: _____

FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

 DATA 02/09/2019 HORA: 21:10h

MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA: _____

NOME DO PACIENTE:

João da Costa Ferreira Araújo

UNIDADE SOLICITADA

☐ ASSIS BRASIL

☐ SENNA MADUREIRA

☐ SENADOR GUIOMAR

☐ BRASILEIA

☐ XAPURI

☐ ACRELÂNDIA

☐ BUJARI

☐ PLACIDO DE CASTRO

☐ CRUZEIRO DO SUL

☐ MÂNCIO LIMA

☐ FEIJÓ

☐ TARAUAÇA

☐ MANOEL URBANO

☐ RODRIGUES ALVES

☐ JORDÃO

☐ OUTROS

MÉDICO SOLICITANTE:

CRM:

Dr. Osmar Tejada

CRM - AC 2319

DIAGNÓSTICO

Poli hemorragia - lesão fútil e traumática com fermentação e deslocamento de apêndice odontológico - fratura saléxio mandibular

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

1º dolo do p. D.

PRESSÃO ARTERIAL:

130x70

PRESSÃO ARTERIAL:

50 bpm

F. RESPIRATORIA:

20 rpm

TEMPERATURA:

36,5°C

MOTORISTA:

EXAME FÍSICO:

SIM	NÃO	(.....)	SIM	NÃO	(.....)
	☒	DESHIDRATADO		☒	CIANÓTICO
	☒	DESNUTRIDO		☒	ICTÉRICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

☒ ALERTA ☐ VERBAL ☐ SONOLENTO ☐ CONFUSO ☐ SEM RESPOSTA

 GLASSGOW: 15

PATOLOGIAS ASSOCIADAS:

☐ DIABETES ☐ HAS ☐ ICC ☐ SEQUELA AVC ☐ DPOC ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA

DOSAGEM

MEDICAÇÃO USO

DOSE ÚNICA

Presc. Lorazepam 1mg/5ml
Dipirona 1g/2ml

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG

☐
☐ TORAX

ALTERAÇÕES:

☐ RX ABDOMEN

☐ TOMOGRAFIA

☐ RX OUTRO

LABORATORIAL:

HB

HT

LEUCO

TGO

TGP

AMILASE

URENIA

GASOMETRIA:

Po2

Po2

GLICEMIA

HOSPITAL DE DESTINO:

☐ PRONTO SOCORRO

☐ SASMC

☐ FUNDACRE

☐ HEC

☐ SANTA JULIANA

MÉDICO RESPONSÁVEL NO DESTINO

CRM

MÉDICO REGULADOR

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O DOENTE

		ALERGIAS MED.		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PROTOCOLO DE MANCHESTER		CLÍNICO ODONTOLÓGICO PEG		CLASSIFICAÇÃO	
NOME DO PACIENTE						IDADE			
QUEIXA PRINCIPAL						COMORBIDADES			
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR						Peso:			
PA: X mmHg Temp: °C Sat. O2: %						Pulso: bpm			
PARÂMETROS ESCALA DE DOR						Glicemia: mg/dL Glasgow: Alterado () Não alterado ()			
CLASSIFICADOR (preencher e assinar)						HORÁRIO DA CR: Tempo decorrido: minutos		() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:	
RECLASSIFICAÇÃO						HORÁRIO:			

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral - VO, com ml de água potável.
- ☐ Medicação Intramuscular - IM, local: .
- ☐ Medicação Endovenosa - EV, punção em () MSE () MSI, local: , com () Jéico nº () Selo nº .
- ☐ Medicação sublingual.
- ☐ Medicação subcutânea, local: .
- ☐ NBZ.

Anotações/intercorrências:

Assinatura/CONFIRMAR

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO EMERGENCIA

23:04 - Paciente admitido na sala de medicação, BNF. Avaliação de trauma de face, com fraturas em face direita. Alta BNF.

23:04 - Da parte da BNF, remoção de aparelho sem BNF. fraturas em face direita. Alta BNF.

Ortopedia:

Fratura de maxila e mandíbula

co. fratura lateral e direita da mandíbula

Ortista de emergência

Francisco Freitas
Ortopedista
CRM 751 ROE 294

Calisto Roberto C. de Lyena
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRO-AC 404

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 98647
Numero do CNS.....: 898001053047705
Nome.....: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO
Documento.....: CNH Tipo :
Data de Nascimento: 14/05/1978 Idade: 41 anos
Sexo.....: FEMININO
Responsavel.....: JOSE FERREIRA
Nome da Mae.....: MARIA DE FATIMA MARIANO DA COS
Endereco.....: AV. RIO NEGRO 00296
Bairro.....: CALAFATE Cep.: 99999-999
Telefone.....: 000000992174256
Município.....: 1200401 - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2653192
Clinica.....: 009 - EMERG. TRAUMATICA ADULTO
Leito.....: 999.0007
Data da Internacao: 03/07/2019
Hora da Internacao: 22:30
Medico Solicitante: 616.748.260-87 - EDUARDO KNEIP
Proced. Solicitado: 03.03.04.008-4
Diagnostico.....: S06.7
Identif. Operador.: NIVEA

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:
Dt. Hr. Saída:
Especialidade:
Tipo de Saída:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

SAME / HUERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

304430759

121726237637-3

28.5.2006 12.4.2016 12.4.2016

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **HUERB**

2- CNES: **000000000000000000**

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **HUERB**

4- CNES: **000000000000000000**

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE: **Paula da Costa Ferreira Araújo**

6- Nº DO PRONTUÁRIO: **38647**

7- DATA DE NASCIMENTO: **04.05.1978**

8- SEXO: **F**

9- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **Marcos de Santana Machado da Costa**

10- ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro): **Av. Rio Negro 296, Ipiranga**

11- CIDADE DE RESIDÊNCIA: **Rio Branco**

12- UF: **AC**

13- CEP: **55000-000**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

14- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **Paciente vítima de acidente de trânsito, lesões no tórax e membros superiores e inferiores.**

15- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: **Fratura de fêmur direito e tórax.**

16- PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **Exame de imagem: Fratura de fêmur direito e tórax.**

17- CID-10: **S80.0**

18- CID-10: **S80.0**

19- CID-10: **S80.0**

20- CID-10: **S80.0**

21- CID-10: **S80.0**

22- CID-10: **S80.0**

23- CID-10: **S80.0**

24- CID-10: **S80.0**

25- CID-10: **S80.0**

26- CID-10: **S80.0**

27- CID-10: **S80.0**

28- CID-10: **S80.0**

29- CID-10: **S80.0**

30- CID-10: **S80.0**

31- CID-10: **S80.0**

32- CID-10: **S80.0**

33- CID-10: **S80.0**

34- CID-10: **S80.0**

35- CID-10: **S80.0**

36- CID-10: **S80.0**

37- CID-10: **S80.0**

38- CID-10: **S80.0**

39- CID-10: **S80.0**

40- CID-10: **S80.0**

41- CID-10: **S80.0**

42- CID-10: **S80.0**

43- CID-10: **S80.0**

44- CID-10: **S80.0**

45- CID-10: **S80.0**

46- CID-10: **S80.0**

47- CID-10: **S80.0**

48- CID-10: **S80.0**

49- CID-10: **S80.0**

50- CID-10: **S80.0**

51- CID-10: **S80.0**

52- CID-10: **S80.0**

53- CID-10: **S80.0**

54- CID-10: **S80.0**

55- CID-10: **S80.0**

56- CID-10: **S80.0**

57- CID-10: **S80.0**

58- CID-10: **S80.0**

59- CID-10: **S80.0**

60- CID-10: **S80.0**

61- CID-10: **S80.0**

62- CID-10: **S80.0**

63- CID-10: **S80.0**

64- CID-10: **S80.0**

65- CID-10: **S80.0**

66- CID-10: **S80.0**

67- CID-10: **S80.0**

68- CID-10: **S80.0**

69- CID-10: **S80.0**

70- CID-10: **S80.0**

71- CID-10: **S80.0**

72- CID-10: **S80.0**

73- CID-10: **S80.0**

74- CID-10: **S80.0**

75- CID-10: **S80.0**

76- CID-10: **S80.0**

77- CID-10: **S80.0**

78- CID-10: **S80.0**

79- CID-10: **S80.0**

80- CID-10: **S80.0**

81- CID-10: **S80.0**

82- CID-10: **S80.0**

83- CID-10: **S80.0**

84- CID-10: **S80.0**

85- CID-10: **S80.0**

86- CID-10: **S80.0**

87- CID-10: **S80.0**

88- CID-10: **S80.0**

89- CID-10: **S80.0**

90- CID-10: **S80.0**

91- CID-10: **S80.0**

92- CID-10: **S80.0**

93- CID-10: **S80.0**

94- CID-10: **S80.0**

95- CID-10: **S80.0**

96- CID-10: **S80.0**

97- CID-10: **S80.0**

98- CID-10: **S80.0**

99- CID-10: **S80.0**

100- CID-10: **S80.0**

101- CID-10: **S80.0**

102- CID-10: **S80.0**

103- CID-10: **S80.0**

104- CID-10: **S80.0**

105- CID-10: **S80.0**

106- CID-10: **S80.0**

107- CID-10: **S80.0**

108- CID-10: **S80.0**

109- CID-10: **S80.0**

110- CID-10: **S80.0**

111- CID-10: **S80.0**

112- CID-10: **S80.0**

113- CID-10: **S80.0**

114- CID-10: **S80.0**

115- CID-10: **S80.0**

116- CID-10: **S80.0**

117- CID-10: **S80.0**

118- CID-10: **S80.0**

119- CID-10: **S80.0**

120- CID-10: **S80.0**

121- CID-10: **S80.0**

122- CID-10: **S80.0**

123- CID-10: **S80.0**

124- CID-10: **S80.0**

125- CID-10: **S80.0**

126- CID-10: **S80.0**

127- CID-10: **S80.0**

128- CID-10: **S80.0**

129- CID-10: **S80.0**

130- CID-10: **S80.0**

131- CID-10: **S80.0**

132- CID-10: **S80.0**

133- CID-10: **S80.0**

134- CID-10: **S80.0**

135- CID-10: **S80.0**

136- CID-10: **S80.0**

137- CID-10: **S80.0**

138- CID-10: **S80.0**

139- CID-10: **S80.0**

140- CID-10: **S80.0**

141- CID-10: **S80.0**

142- CID-10: **S80.0**

143- CID-10: **S80.0**

144- CID-10: **S80.0**

145- CID-10: **S80.0**

146- CID-10: **S80.0**

147- CID-10: **S80.0**

148- CID-10: **S80.0**

149- CID-10: **S80.0**

150- CID-10: **S80.0**

151- CID-10: **S80.0**

152- CID-10: **S80.0**

153- CID-10: **S80.0**

154- CID-10: **S80.0**

155- CID-10: **S80.0**

156- CID-10: **S80.0**

157- CID-10: **S80.0**

158- CID-10: **S80.0**

159- CID-10: **S80.0**

160- CID-10: **S80.0**

161- CID-10: **S80.0**

162- CID-10: **S80.0**

163- CID-10: **S80.0**

1

Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão

Novembro

10/11

NOME: João C Araújo Nº 33

DATA

ENCARGO

RESERVAÇÃO

DESCRIÇÃO

LEITO

OUTRO

700

1) Borda Jue

2) ST. C. 1500

3) ST. C. 1500

4) ST. C. 1500

5) ST. C. 1500

6) ST. C. 1500

7) ST. C. 1500

8) ST. C. 1500

9) ST. C. 1500

10) ST. C. 1500

11) ST. C. 1500

12) ST. C. 1500

13) ST. C. 1500

14) ST. C. 1500

15) ST. C. 1500

16) ST. C. 1500

17) ST. C. 1500

18) ST. C. 1500

19) ST. C. 1500

20) ST. C. 1500

21) ST. C. 1500

22) ST. C. 1500

23) ST. C. 1500

24) ST. C. 1500

25) ST. C. 1500

26) ST. C. 1500

27) ST. C. 1500

28) ST. C. 1500

29) ST. C. 1500

30) ST. C. 1500

31) ST. C. 1500

32) ST. C. 1500

33) ST. C. 1500

34) ST. C. 1500

35) ST. C. 1500

36) ST. C. 1500

37) ST. C. 1500

38) ST. C. 1500

39) ST. C. 1500

40) ST. C. 1500

41) ST. C. 1500

42) ST. C. 1500

43) ST. C. 1500

44) ST. C. 1500

45) ST. C. 1500

46) ST. C. 1500

47) ST. C. 1500

48) ST. C. 1500

49) ST. C. 1500

50) ST. C. 1500

51) ST. C. 1500

52) ST. C. 1500

53) ST. C. 1500

54) ST. C. 1500

55) ST. C. 1500

56) ST. C. 1500

57) ST. C. 1500

58) ST. C. 1500

59) ST. C. 1500

60) ST. C. 1500

61) ST. C. 1500

62) ST. C. 1500

63) ST. C. 1500

64) ST. C. 1500

65) ST. C. 1500

66) ST. C. 1500

67) ST. C. 1500

68) ST. C. 1500

69) ST. C. 1500

70) ST. C. 1500

71) ST. C. 1500

72) ST. C. 1500

73) ST. C. 1500

74) ST. C. 1500

75) ST. C. 1500

76) ST. C. 1500

77) ST. C. 1500

78) ST. C. 1500

79) ST. C. 1500

80) ST. C. 1500

81) ST. C. 1500

82) ST. C. 1500

83) ST. C. 1500

84) ST. C. 1500

85) ST. C. 1500

86) ST. C. 1500

87) ST. C. 1500

88) ST. C. 1500

89) ST. C. 1500

90) ST. C. 1500

91) ST. C. 1500

92) ST. C. 1500

93) ST. C. 1500

94) ST. C. 1500

95) ST. C. 1500

96) ST. C. 1500

97) ST. C. 1500

98) ST. C. 1500

99) ST. C. 1500

100) ST. C. 1500

101) ST. C. 1500

102) ST. C. 1500

103) ST. C. 1500

104) ST. C. 1500

105) ST. C. 1500

106) ST. C. 1500

107) ST. C. 1500

108) ST. C. 1500

109) ST. C. 1500

110) ST. C. 1500

111) ST. C. 1500

112) ST. C. 1500

113) ST. C. 1500

114) ST. C. 1500

115) ST. C. 1500

116) ST. C. 1500

117) ST. C. 1500

118) ST. C. 1500

119) ST. C. 1500

120) ST. C. 1500

121) ST. C. 1500

122) ST. C. 1500

123) ST. C. 1500

124) ST. C. 1500

125) ST. C. 1500

126) ST. C. 1500

127) ST. C. 1500

128) ST. C. 1500

129) ST. C. 1500

130) ST. C. 1500

131) ST. C. 1500

132) ST. C. 1500

133) ST. C. 1500

134) ST. C. 1500

135) ST. C. 1500

136) ST. C. 1500

137) ST. C. 1500

138) ST. C. 1500

139) ST. C. 1500

140) ST. C. 1500

141) ST. C. 1500

142) ST. C. 1500

143) ST. C. 1500

144) ST. C. 1500

145) ST. C. 1500

146) ST. C. 1500

147) ST. C. 1500

148) ST. C. 1500

149) ST. C. 1500

150) ST. C. 1500

151) ST. C. 1500

152) ST. C. 1500

153) ST. C. 1500

154) ST. C. 1500

155) ST. C. 1500

156) ST. C. 1500

157) ST. C. 1500

158) ST. C. 1500

159) ST. C. 1500

160) ST. C. 1500

161) ST. C. 1500

162) ST. C. 1500

163) ST. C. 1500

164) ST. C. 1500

165) ST. C. 1500

166) ST. C. 1500

167) ST. C. 1500

168) ST. C. 1500

169) ST. C. 1500

170) ST. C. 1500

171) ST. C. 1500

172) ST. C. 1500

173) ST. C. 1500

174) ST. C. 1500

175) ST. C. 1500

176) ST. C. 1500

177) ST. C. 1500

178) ST. C. 1500

179) ST. C. 1500

180) ST. C. 1500

181) ST. C. 1500

182) ST. C. 1500

183) ST. C. 1500

184) ST. C. 1500

185) ST. C. 1500

186) ST. C. 1500

187) ST. C. 1500

188) ST. C. 1500

189) ST. C. 1500

190) ST. C. 1500

191) ST. C. 1500

192) ST. C. 1500

193) ST. C. 1500

194) ST. C. 1500

195) ST. C. 1500

196) ST. C. 1500

197) ST. C. 1500

198) ST. C. 1500

199) ST. C. 1500

200) ST. C. 1500

201) ST. C. 1500

202) ST. C. 1500

203) ST. C. 1500

204) ST. C. 1500

205) ST. C. 1500

206) ST. C. 1500

207) ST. C. 1500

208) ST. C. 1500

209) ST. C. 1500

210) ST. C. 1500

211) ST. C. 1500

212) ST. C. 1500

213) ST. C. 1500

214) ST. C. 1500

215) ST. C. 1500

216) ST. C. 1500

217) ST. C. 1500

218) ST. C. 1500

219) ST. C. 1500

220) ST. C. 1500

221) ST. C. 1500

222) ST. C. 1500

223) ST. C. 1500

224) ST. C. 1500

225) ST. C. 1500

226) ST. C. 1500

227) ST. C. 1500

HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO
NEUROQUIRURGIA

03	ENR
----	-----

1880

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de trânsito, colisão moto carro, apresentando trauma facial, cervical e lombalgia.

História da Doença Atual: _____

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: _____

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: Politrauma

Motivo da Cobrança: TCG

Selexia Corre Kozzen
Médica Assistente de Pronto Socorro
CRM-AC 1045
CPF: 943.390.690-87

11-ALTA CURA
12-ALTA MELHORADA
13-ALTA INALTERADA
14-ALTA PEDIDO
15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
16-ALTA ADMINISTRATIVA
17-ALTA POR INDISCIPLINA
18-ALTA POR EVASÃO
19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
24-POR DOENÇA CRÔNICA
25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGICA
32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC.

51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS. DA PRIMEIRA CIRURGIA
62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
69-ALTA DA PARTURIENTE REOPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM NASCIDO

PRIMEIRO PLANTILHA		VALIA R\$ 1000	
1216042576		1216042576	
Nome <u>JOSE DA COSTA PEREIRA MARINO</u> CPF <u>308548 8800 AC</u> RG <u>748.437-893-04</u> DATA DE NASCIMENTO <u>04/05/1978</u> SEXO <u>MASCULINO</u> ENDEREÇO <u>AV. LUIZ DE FREITAS</u> CIDADE <u>NOVA LIMA PAULI</u> UF <u>AC</u> CEP <u>68000-000</u> DATA DE EMISSÃO <u>18/03/2019</u> VALIDADE <u>18/03/2020</u>		Assinatura <u>JOSE DA COSTA PEREIRA MARINO</u> Assinatura <u>JOSE DA COSTA PEREIRA MARINO</u> Assinatura <u>JOSE DA COSTA PEREIRA MARINO</u>	

SECRET - SECURITY INFORMATION

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190589429 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOANA DA COSTA FERREIRA **Data do acidente:** 03/07/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros
ARAUJO Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 1º PODODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.7
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DE ACORDO COM DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA , NÃO SE EVIDENCIA EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS
PERMANENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0362145/19

Vítima: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO**CPF:** 768.437.852-04**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul**CPF de:** Próprio**Data do acidente:** 03/07/2019**Titular do CPF:** JOANA DA COSTA
FERREIRA ARAUJO**DOCUMENTOS APRESENTADOS****Sinistro**

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

JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO : 768.437.852-04

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: 16/10/2019
Nome: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO
CPF: 768.437.852-04

JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0362145/19

Número do Sinistro: 3190589429**Vítima:** JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO**CPF:** 768.437.852-04**CPF de:** Próprio**Data do acidente:** 03/07/2019**Titular do CPF:** JOANA DA COSTA
FERREIRA ARAUJO**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul**DOCUMENTOS APRESENTADOS****Sinistro**

Outros

JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO : 768.437.852-04

Autorização de pagamento

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: 29/10/2019

Nome: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

CPF: 768.437.852-04

JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2019

Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix

CPF: 025.787.852-10

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0362145/19

Vítima: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO**CPF:** 768.437.852-04**CPF de:** Próprio**Data do acidente:** 03/07/2019**Titular do CPF:** JOANA DA COSTA
FERREIRA ARAUJO**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul**DOCUMENTOS APRESENTADOS****Sinistro**

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

JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO : 768.437.852-04

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: 16/10/2019
Nome: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO
CPF: 768.437.852-04

JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA