

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: 27/02/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 000000008586-4

Nr. da Autenticação 7CCA21F377F85109

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6174653

A/C: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Sinistro: 3150072021
Vitima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
Data Acidente: 17/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **27/01/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/10/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Outros não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6363801

A/C: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Sinistro: 3150072021
Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
Data Acidente: 17/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2015

Carta nº: 6460244

A/C: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Sinistro: 3150072021
Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
Data Acidente: 17/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000877**

Conta: **0000008586-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =

R\$ 4.725,00

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

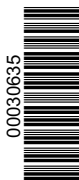
R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Declaração

Eu, IVANETE MARIA A ABRAUO FREIRE DA SILVA declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 17/10/14 fui socorrido por POPOZARES levado ao hospital DE ITABIRA

Declaro não ter recebido nenhum tipo de atendimento médico no local do acidente, tais como SAMU, Corpo de Bombeiros, Ambulância etc., da mesma forma não houve registro de ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instalado Inquérito Policial na delegacia, dessa forma não possuo nenhuma outra prova referente ao acidente, além de Boletim de Ocorrência Policial e a documentação médica apresentada.

Por ser verdade, declaro estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal:

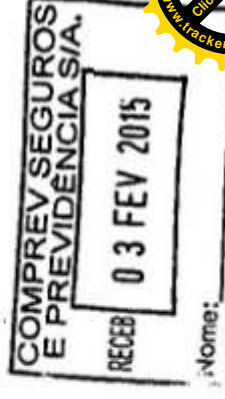
" Art. 299 – Omitir, em documento público ou

Particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (Cinco) anos e multa se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Local GUARAP: 16132134 UF: PE Data: 16/12/14

Assinatura: Cherete Maria A Freire da Silva



Nome: _____



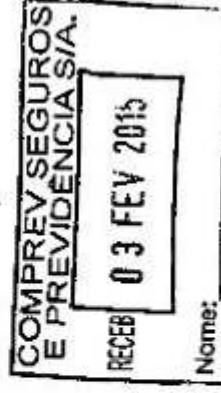
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, IVANETE MARIA ARAUJO PEIRE DA SILVARG nº 9.828.461, data de expedição 21/10/13 Órgão SDS-PE,

CPF nº 037.553.834-71 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA DAS MOREIRAS</u>
Número	<u>342</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>IAMBÉ</u>
Cidade	<u>IAMBÉ</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55920-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9418-5892 / 9673-9125</u>
E-mail	<u>mariaaraujopeire04@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: GOIANA: 16/12/14Assinatura do Declarante: Ivanete Maria dos Freires da Silva



Grupo Neoenor

Tarifa Social de Energia Elétrica Cálculo pelo Lei 10.438, de 24/04/02
UNIDADE FISCAL - SITUAÇÃO - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.370.930/0001-00 | Ins. Est. 000994360 | www.celpe.com.br

ROSELIATA FREIRE DE PAIVA

RUA QUINZE DE AGOSTO, 344 - JARDIM DO SOL

CPF: 542.087.234-00 INSC. 18050548970

ITAMBÉ/ITAMBÉ
ITAMBÉ/PE
55920-000

611 RESERVAÇÃO
SUA RESERVA COM INS
Atualizado

DATA DE EMISSÃO: 04/05/2014

08/10/2014 - 15/10/2014

2009/2014 - 2009/2014

15,53

DISCRIMINAÇÃO DO LOTA FISCAL

Quantidade	Preço unit.	Valor unit.
30.000.000	0,17811556	5.34
37.000.000	0,21862972	8.12
		7.99
		0.98

Consumo Adm de 30 kWh
Consumo Adm Superior a 30 kWh (00 kWh)
Consumo de iluminação pública
COMPANHIA DISTRIBUIÇÃO RESTRITA

TOTAL DA FATURA

15,53

OPÇÃO DE PAGAMENTO DE CONSUMO DEBTA ROTA FISCAL

DATA	ANTECIPAÇÃO	DATA	ANTECIPAÇÃO	DATA	ANTECIPAÇÃO
04/05/2014	04/05/2014	04/05/2014	04/05/2014	04/05/2014	04/05/2014

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

VALOR DA FATURA: 15,53

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEB 03 FEV 2014
Nome:

*10040

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

SAÚDE BUCAL

Unidade de Saúde: _____

Paciente: _____

Registro nº _____

Clinica: _____

Enfermaria: _____

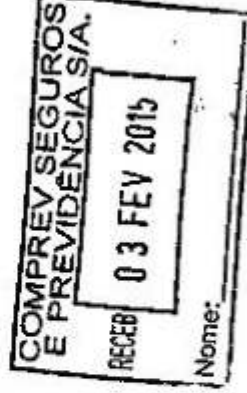
Declaração

Declaro para devidos fins que a
Sra. Ivonete Maria Araújo Freire da Silva,
41 anos, sofreu um acidente automobilístico
(moto), sendo atendida nesta unidade no dia
12/10/14 com muita dor no punho E, por en-
comendada para uma avaliação ortopédica
no Hosp. Miguel Arraes.

Data: 12, 11, 14

Dr. Paulo Emilio Mello
Médico
Cirurgião Dentista / CRO

Cirurgião Dentista / CRO





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RÉSUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Fagner Maria A Fagner Silva REGISTRO: 71917

IDADE: 41 SEXO: F DATA DA ADMISSÃO: 31/10/14 DATA DA ALTA: 11/11/14

DIAGNÓSTICOS DEFINIDOS: Fratura de Extremidade
distal do rádio

TRATAMENTO REALIZADO:

OSTEOSÍNTese com Placa e parafusos
provisórios uso ORN

② Prescrição 50mg 1x
tomar 1x ao dia 5 dias

ORIENTAÇÕES:

- Repouso relativo, NÃO retornar Tals
- AO ORTOPEDISTA

PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA:

AMBULATORIO DE EGRESSO SIM ☒ NÃO ☐

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL / /

DR. FAGNER ATHAYDE
Ortopedia e Traumatologia

ASSINATURA MÉDICO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

RECEB 03 FEV 2015

Nome:



Ando Fred

O LÉITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO.



IMIP - Hospital Miguel Arraes
Estrada da Fazendinha S/N
Jaguaribe Paulista - PE
CEP: 53413-000

RA: 62502926 - IVONETE MARIA ARAUJO 41 anos 4 meses 5 dias Sexo : F

Dr.(a): NI - ILEGÍVEL

Entrada: 31/10/2014 18:34:19

Unidade: NIA-HOSPITAL MIGUEL ARRAES - Posto: 000006 - EMERGENCIA Prontoário: 71917 Cód.SUS: Local de Entrega: EVD2-EMERGENCIA VERDE 02

Coleta Estimada: 31/10/2014 18:34:19

Data de Nascimento: 12/06/1973

HEMOGRAMA

Resultados Anteriores

Laudo Evolutivo

Valor de Referência
Homens Mulheres

ERITROGRAMA		Resultado Atual	Valor de Referência
Hemácias	4,75 $10^6/\mu\text{L}$	4,75 $10^6/\mu\text{L}$	4,4 - 5,9 4,0 - 5,4 $10^6/\mu\text{L}$
Hemoglobina	13,5 g/dL	13,5 g/dL	13,0 - 18,0 12,0 - 16,0 g/dL
Hem. critico	41,3 %	41,3 %	40 - 52 35 - 47 %
VCM	86,9 fL	86,9 fL	80 - 100 80 - 100 fL
HCM	28,4 pg	28,4 pg	27 - 32 27 - 32 pg
CHCM	32,7 g/dL	32,7 g/dL	32 - 37 32 - 37 g/dL
RDW	14,3 %	14,3 %	Até 15 Até 15 %

LEUCOGRAMA

Leucócitos	100 %	13000 / μL	100 % 3500 - 11000 / μL
Neutrófilos	65,8 %	8554 / μL	50 - 70 % 2500 - 7000 / μL
Eosinófilos	1,2 %	156 / μL	1 - 6 % 100 - 600 / μL
Basófilos	0,4 %	52 / μL	0 - 2 % 0 - 200 / μL
Linfócitos	26,6 %	3458 / μL	20 - 30 % 1000 - 3000 / μL
Monócitos	6,0 %	780 / μL	2 - 12 % 100 - 800 / μL
Plaquetas	371.000 / μL		140.000 - 450.000 / μL

Nota: Baseado na orientação do International Society for Laboratory Hematology na qual deve haver uma padronização para liberação de exames de hemograma, incluindo o diferencial de leucócitos e de acordo com o Colégio Americano de Patologistas que orienta que neutrófilos bastonetes está presente em até 5 a 10% dos hemogramas normais. Foi padronizada pelo Laboratório Cientificlab do grupo DASA que a liberação de bastonetes é realizada quando estiverem acima de 6% do total de neutrófilos.

Material: SANGUE

Método: AUTOMAÇÃO

Data Assinatura: 31/10/2014 19:20:16

TP - TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado:
Tempo de Protrombina
Atividade de Protrombina
INR

11,7 seg.
78 %
1,13

Valor de Referência:

De 10,4 a 12,6 seg.

Atividade: Superior a 70%

INR: Até 1,2

Material: SMA

Método: AUTOMAÇÃO - CONGULOMÉTRICO

Laboratório
ANA DE LA NUNES DE MELO
RUA JACQUELINE BARROS PALMEIRTON - CNPJ: 14094-3

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.**

RECEB 03 FEV 2015

Nome:

Data Assinatura: 31/10/2014 20:11:04

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra não coletada pelo Laboratório"
"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."
Laboratório participante do programa PELM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

Rua. Dr. João Távares de Moura, 57 Peixinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRUZ/PE: 5325

Data da Impressão: 01/11/2014 09:21:13 Página: 2/3

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)
Travete Luiz Augusto Paiva foi atendido (a) neste

Serviço no dia: 17/01/14 CID: 552

☒ Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).

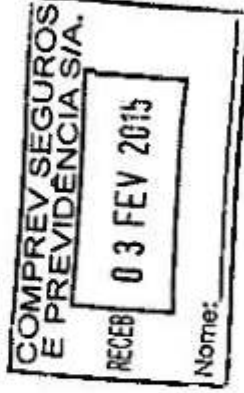
☐ Estando apto para voltar ao trabalho.

☐ Como acompanhante.




☐ Outros : _____

Paulista, 17 de Outubro de 20 14

Dr. Juliano Machado
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 11387
Médico





 PERNAMBUCO	 HOSPITAL MIGUEL ARRAES	 IMIP
RECEITUÁRIO		
<p>Receita prescrita de acordo com o exame realizado recentemente em e sugere-se com amamentação seco</p>		
<p><i>[Signature]</i></p>		

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.	
RECEB	03 FEV 2015
Nome: _____	



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)
EVANETE MARIA A. FRAZAO foi atendido (a) neste

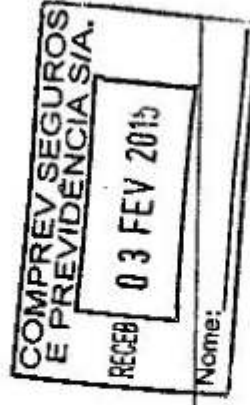
Serviço no dia: 31/10/14 CID: 552

☒ Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).

☐ Estando apto para voltar ao trabalho.

☐ Como acompanhante.

☐ Outros : _____



Paulista, 31 de 10 de 20 14

DRA. FAGNER ATHAYDE
Ortopedia e Traumatologia
Médico

CONTROLE DE ALTA

NOME Travade Luísa Arraes de S. G. de

IDADE: 41

ALTA DOMICÍLIO ☐

ALTA TRANSFERÊNCIA ☐

ALTA AMBULATÓRIO ☐

Peterson Sales

DATA 12/10/14

C / Rx

HORA _____

Dr. Juliano Machado
Ortopedia e Traumatologia
154-95 154-73 TEOD 15-81

Dr. Juliano Machado
Ortopedia e Traumatologia
154-95 154-73 TEOD 15-81

Assinatura e Carimbo do médico

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEB 03 FEV 2015
Nome: _____

IMIP - Hospital Miguel Arraes
Estrada da Fazendinha S/N
Jaguaripe Paulista - PE
CEP: 53413-000

RA: 02502926 - IVONETE MARIA ARAUJO 41 anos 4 meses 5 dias Sexo : F

Dr.(a): V - ILEGÍVEL

Unidade: 02 - HOSPITAL MIGUEL ARRAES - Posto: 000006 - EMERGENCIA Prontoário: 71917 Cód.SUS: Local de Entrega: EV02 -

Coleta Estimada: 31/10/2014 18:34:19

Data de Nascimento: 26/06/1973

TTPA - TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

Resultado

Tempo

Relação Paciente/Controle

Material: PLASMA

Valor de Referência:

De 72,7 a 31,8 seg

De 0,80 a 1,25

Seg.

26,9

0,99

Método: AUTOMAÇÃO - COAGULOMÉTRICO

Data Assinatura: 31/10/2014 20:11:46

URÉIA

Resultado

16 mg/dL

Valor de Referência:

De 1 a 3 anos: 10 a 36 mg/dL

De 4 a 13 anos: 15 a 36 mg/dL

De 14 a 19 anos: 18 a 45 mg/dL

Homem até 50 anos: 19 a 44 mg/dL

Homem acima de 50 anos: 18 a 55 mg/dL

Mulher até 50 anos: 15 a 40 mg/dL

Mulher acima de 50 anos: 20 a 43 mg/dL

Material: SÉRUM

Método: UREASE

Liberado por:

ANA CARLA JONES DE MELO

Responsável:

DIUK JACQUELINE BARRIOS PALMEIRISTON - CRBM: 1408-3

Data Assinatura: 31/10/2014 20:11:43

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEB 03 FEV 2015

Nome: _____

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"

"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."

Laboratório participante do programa PLEB da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

Rua Dr. João Tavares de Moura, 57 Peixinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE: 5325

Data da Impressão: 01/11/2014 09:21:13 Página: 3/3

IMIP - Hospital Miguel Arraes
Estrada da Fazendinha S/N
Juaribe Paulista - PE
CEP: 53413-000

RA: 62502926 - IVONETE MARIA ARAUJO 41 anos 4 meses 5 dias Sexo : F

Dr.(a): NI - ILEGÍVEL

Unidade: MIA-HOSPITAL MIGUEL ARRAES - Posto: 000006 - EMERGENCIA Prontuário: 71917 Cód.SUS: Local de Entrega: EV02-

Coleta Estimada: 31/10/2014 18:34:19

Data do Nascimento: 26/06/1973

CREA : INA

Resultado
0,63 mg/dL

Valor de Referência:
Homens: 0,72 a 1,25 mg/dL
Mulheres: 0,57 a 1,11 mg/dL

Material: SORO

Método: PÍCNATO ALCALINO CINETICO

Data Assinatura: 31/10/2014 20:11:39

POTÁSSIO

Resultado
3,9 mmol/L

Valor de Referência:
Homem: 3,5 a 4,5 mmol/L
Mulher: 3,4 a 4,4 mmol/L

Material: SORO

Método: ION SELETIVO

Data Assinatura: 31/10/2014 20:11:41

SÓDIO

Resultado
137 mmol/L

Valor de Referência:
De 136 a 145 mmol/L

Material: SORO

Método: ION SELETIVO

Solicitado por:
ANA CARLA KUNES DE MELO
ENDEREÇO:
RUA JACQUELINE BARROS PALMEIRON - CRB/R: 1498-3

Data Assinatura: 31/10/2014 20:11:42



Exames Assinados Eletronicamente

"Notário Oficial de Brasília"

"Amostra não coletada pelo Laboratório"
"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."

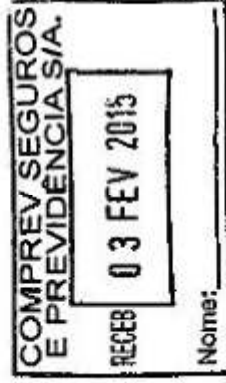
Laboratório participante do programa PELM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.
Rua. Dr. João Tavares de Moura, 57 Peixinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE: 5325

Data da Impressão: 01/11/2014 09:21:13 Página: 1

DR JORGE VASCONCELOS NEVES

CLÍNICO GERAL - CRM - 4428/PE.

Quarta Maria Araújo F. da Silva.
Vítima de acidente de trânsito.
Fratura da tibia distal E.
foi realizada a fratura e
cirurgia para redução da fratura.
Elas foi da Kirchner.
Antes fratura de luxação.
Pacienta a proposta de limitação
funcional por o punho e
el estresse da mão para a
mão, com punção e
fases e seguir de
a 1 de medicação



Dr. Jorge Vasconcelos Neves
CRM PE 4428

25 / 11 / 14

ASL_003649/15

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

*1004037



Sistema Unico de Saude

IVANETE M. ARAUJO FREIRE DA SILVA
Data Nasc.: 26/06/1973 Sexo: F

701 2050 0104 4716

701 2050 0104 4716

SUS

VALIDA EM TODO TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.828.461 DATA DE EXPIRACAO 21/10/2013

NOME << IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA >>

PAUACAO << JOSE ANTONIO DOS SANTOS >>

NATURALIDADE << MARIA JOSE ARAUJO DOS SANTOS >>

DATA DE NASCIMENTO 26/06/1973

NATURALIDADE TIMEAUBA - PE

DOC ORIGEM << 075218 01 55 2013 2 00028 067 >>

CPF 0001150 79 ITAMBÉ-PE >>

CPF 037.551.834-71

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

LEI Nº 8.961/94

F-58 6.763 - 3413

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

RECEB 03 FEV 2015

Nome:

Sistema Unico de Saude

IVANETE M. ARAUJO FREIRE DA SILVA
Data Nasc.: 26/06/1973 Sexo: F

701 2050 0104 4716

701 2050 0104 4716

SUS

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO E REGISTRO

06R-44

IVANETE MARIA JOSE FREIRE DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Nº do Sinistro

Nº do Protocolo

Seguro Dpvat - Protocolo de Recepção de Documentos
INVALIDEZ PERMANENTE

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente 17/10/14 Vítima IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

CPF 037.551.834-71

Seguradora

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome IVANETE MARIA ARAUJO F. DA SILVA Vítima Representante Legal Terceiro (especificar vínculo)

Endereço para Correspondência RUA DAS HORTENSIAS

nº 344 Complemento Bairro ITAMBÉ

Cidade ITAMBÉ

UF PE CEP 55300-000 Telefone para contato (83) 9418-5892 9673-9125

Preencha com ☒ para documentação entregue

Preencha com ☐ para documentação faltante

TIPO DE DOCUMENTO

DOCUMENTOS BÁSICOS

☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial

☒ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima

☒ CPF da vítima

☒ Comprovante de residência da vítima

☒ Autorização de Pagamento / Crédito de indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 15 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial

☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima

☒ Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento

☐ Em caso de dúvida quanto às lesões terem sido provocadas pelo acidente, poderá ser solicitado o Relatório de Internamento Hospitalar ou do tratamento a que se submeteu a vítima, com indicação das lesões produzidas pelo trauma

☐ Termo de Curatela, no caso de alienação mental

☐ Alvará Judicial (se for o caso)

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

☐ Procuração

☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador

☐ CPF

☐ Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.
- 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.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data ____ / ____ / ____

Nome _____

Identidade _____

RESPONSÁVEL POR ENTREGA DE DOCUMENTAÇÃO
E PREVIDENCIÁRIA

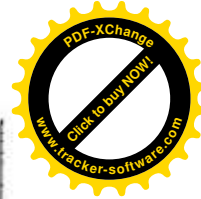
☐ Documentação entregue

Data ____ / ____ / ____
RECER 03 FEV 2015

Nome _____

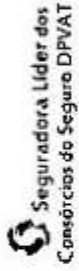
Identidade _____

UUI: IUS





PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO



SINISTRO

Número do Protocolo: ASP-003649/2015

Natureza: Invalidez

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO
Data de Nascimento: 26/06/1973
Seguradora: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
Dependência: 0041
CPF da Vítima: 037.551.834-71
CPF de: Próprio
Titular do CPF: IVANETE MARIA ARAUJO
FREIRE DA SILVA

DOCUMENTOS SINISTRO

Documento	Data	Status	Observação
Boletim de ocorrência	07/01/2015	Entregue	

DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO

Nenhum documento de beneficiário entregue.

CONTATO

Nome:

Telefone:

Celular:

Aviso de sinistro provisório por insuficiência na documentação mínima para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados no anexo, ficarão aguardando os demais necessários à continuidade da regulação do sinistro.

Data de emissão deste aviso provisório: 27/01/2015





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039

GURU



Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

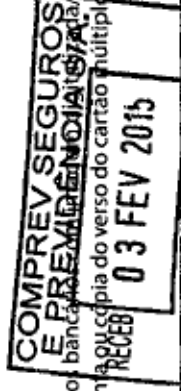
EU, JUANES MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA, EXPEDIDO POR SOS-PE EM 21/10/13 E
 SEGURADOR(A) DO RG Nº 9.828.461 / CNPJ 03153834-14 / PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA IVANETE MARIA A.F. DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas **não pertencentes à vítima/beneficiários**.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários em scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____

Nome: _____

Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 1021 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0811 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 08586-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

GOIÂNIA, 16 de DEZEMBRO de 14

LOCAL E DATA

Isamata Maria Azeite da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

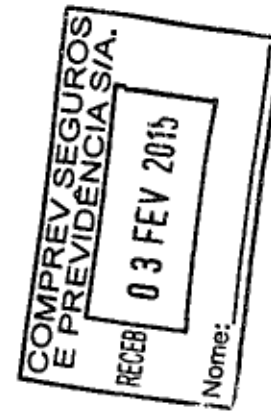
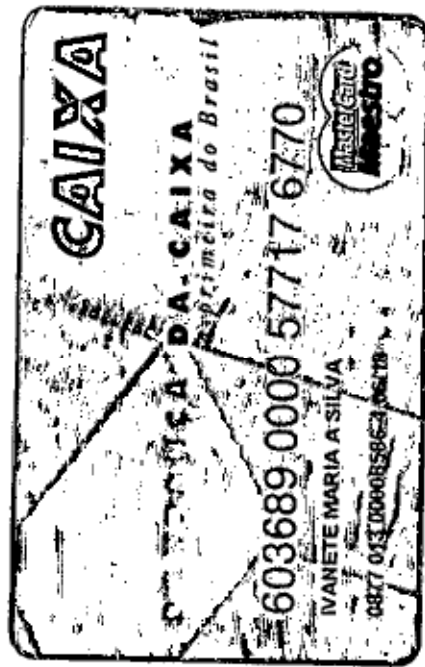
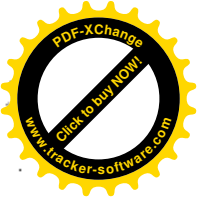


ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de **invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-02





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO -
ITAMBÉ - DP49ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **15EO139000060**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/01/2015** às
10:51

Complementa o BO Número: 14EO139001265

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 17/10/2014 às 10:40

Fato ocorrido no endereço: **RUA HORTENCIAS, 1, EM FRENTE AO NUMERO
344 - Bairro: JARDIM BELA VISTA - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NÃO HOUE (AUTOR \ AGENTE)
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): IVANETE MARIA
ARAUJO FREIRE DA SILVA**

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

**IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: MARIA JOSÉ ARAUJO DOS SANTOS Pai: JOSÉ ANTONIO DOS SANTOS
Data de Nascimento: 20/6/1973 Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
9828481/SDS/PE (RG) Estado CIVIL: CASADO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU COMPLETO Profissão:
PROFESSORA(A)
Endereço Residencial: RUA HORTENCIAS, 344 - CEP: 0 - Bairro: JARDIM BELA VISTA -
ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): IVANETE MARIA ARAUJO
FREIRE DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE
DA SILVA**

**Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR Objeto apreendido: NÃO
Cor: PRETA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: KFS9986 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 397903676 Chassi:

9C6KE091070021289

Ano Fabricação/Modelo: 2006/2007

Descrição: MODELO: 125 E

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

17/01/2015



15/01/2015

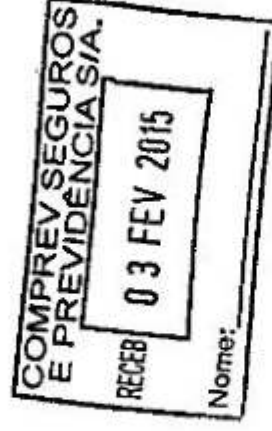
Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE QUANDO SAIU DE SUA RESIDÊNCIA PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTOCICLETA VINDO A CAIR NO CHÃO. SOFRENDO ASSIM VARIAS LESÕES. A VITIMA RELATA AINDA QUE FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE ITAMBE, LOGO EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRÁEZ

Ivanete Maria Araujo Freire da Silva
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSENILDO DA SILVA PEREIRA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO
ITAMBÉ - DP49ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência N°. **14E0139001265**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/11/2014** às **11:35**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **17/10/2014** às **10:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA HORTENCIAS, 3, EM FRENTE AO NUMERO 344** - Bairro: **JARDIM BELA VISTA** - **ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR \ AGENTE)
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

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

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSÉ ARAUJO DOS SANTOS Pai: JOSÉ ANTONIO DOS SANTOS
Data de Nascimento: **20/06/1973** Nacionalidade: **TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9828461/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU COMPLETO Profissão: PROFESSOR(A)**
Endereço Residencial: **RUA HORTENCIAS, 344 - CEP: 0 - Bairro: JARDIM BELA VISTA - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MODELO: 125 E**

Complemento / Observação





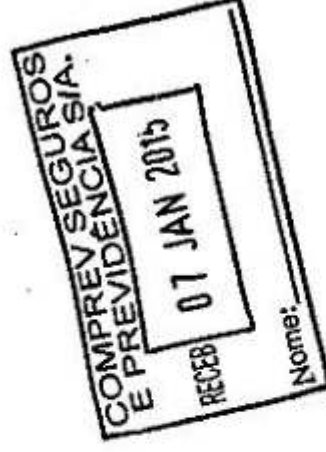
A VITIMA RELATA QUE QUANDO SAIU DE SUA RESIDÊNCIA PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTOCICLETA VINDO A CAIR NO CHÃO, SOFRENDO ASSIM VARIAS LESÕES. A VITIMA RELATA AINDA QUE FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE ITAMBE, LOGO EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES

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

x Ivanete Maria Aze Freire da Silva.

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LUCAS HENRIQUE DO NASCIMENTO** - Matrícula: **273213-0**





RECEIVED
91 JAN 1919
E. PREVIDENCIA SIV.
COMPRER SEGUROS

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE INML

1004029



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
INTER-1 / GCOPI-1 / 11ª DESEC(Goiana)
DELEGACIA DE POLÍCIA 46ª CIRCUNSCRIÇÃO DE TIMBAÚBA/PE

CERTIDÃO

Eu, Lincoln Miguel da Silva, Escrivão de Polícia, QPC 1, Mat. 272.947-4, no uso de minhas atribuições legais, por me haver sido solicitado pelo Sr. **IVONALDO RIBEIRO DA SILVA JUNIOR**, que não há Instituto de Medicina Legal(I.M.L) nas cidades abaixo relacionadas:

- CONDADO/PE; GOIANA/PE; ITAMBÉ/PE; FERREIROS/PE; CAMUTANGA/PE; TIMBAÚBA/PE; MACAPRANA/PE; ALIANÇA/PE; VICÊNCIA/PE; BUENOS AIRES/PE; NAZARÉ DA MATA/PE; ITAQUITINGA/PE; TRACUNHAÉM/PE; CARPINA/PE; PAUDALHO/PE;LAGOA DO CARRO/PE e LAGOA DE ITAENGA/PE;

Dada e passada no cartório desta 46ª Circunscrição Policial – Timbaúba/PE, no dia de hoje, vinte e um de Agosto de dois mil e catorze(21/08/2014). A presente é a verdade a que me reporto e dou fé.


Lincoln Miguel da Silva
Escrivão de Polícia
Mat. 272.947-4

LINCOLN MIGUEL
ESCRIVÃO PCPE
Mat. 272.947-4



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
RECEB	03 FEV 2015
Nome: _____	



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE TIMBAÚBA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA** Sinistro: **3150072021** Data: **17/10/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA DAS HORTENCIAS, 344 - ITAMBE - Itambé - PE - CEP 55920-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **9828461**

Data local do exame: [**25/02/2015**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura distal do rádio esquerdo. Limitação de movimentos do punho esquerdo, limitação de movimentos dos dedos da mão esquerda comprometendo a preensão da mão..

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Tratamento cirúrgico com colocação de material de osteossíntese.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro superior esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro superior esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Paulo Sérgio Muniz - CRM: 5530 - PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150072021 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA **Data do acidente:** 17/10/2014 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQURLA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/PUNHO ESQUERDO:50% DE 25%= 12,5%

Documentos complementares:

Observações:

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150072021 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA **Data do acidente:** 17/10/2014 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do rádio esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Limitação de movimentos do punho esquerdo, limitação de movimentos dos dedos da mão esquerda comprometendo a preensão da mão..

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com colocação de material de osteossíntese.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/02/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Paulo Srgio Muniz

CRM do médico: 5530

UF do CRM do médico: PE

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

