



Número: **0082083-41.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74810100	08/02/2021 14:12	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, 27 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200264368

Vítima: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

Data do Acidente: 19/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15976767

Pág. 01663/01664 - carta_01 - INVALIDEZ

00010827





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, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200264368

Vítima: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

Data do Acidente: 19/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000785-4

Conta: 000000111342-9

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,

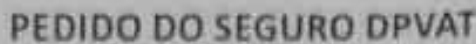
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0087300874 - carta_16R - INVALIDEZ

00020437





1. All records in file:	2. Date of release:	3. Name(s) of the donor:
	29.11.99	Andrew G. G. G. G.

7. Nombre	8. (Apellido)	9. Fecha	10. Hora
Antonio	de la Cruz	14 Mayo	14:00
11. Sexo	12. Edad	13. Lugar	14. Hora
Varón	35	14 Mayo	14:00
15. Estado	16. Ocupación	17. Fecha	18. Hora
Libre	Profesor	14 Mayo	14:00

INDICADOR DE REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, TÍTULO E CURADORIA PARA VITIMAS) MANEJO DIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 12 ANOS DO NC-0023 COM CURADORIA

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 399–406

14. (1) de <i>Securities Act</i> (C.A.B.)	25. <i>Public Law on Reproduction</i> (1991)
---	--

Declaram, pe propria răspundere, ca informațiile furnizate sunt corecte și complete, fiind conștiente de consecințele juridice ale acestor declarații.

20. RENCANA PENGADAHAN DAN TITULASI DAFTAR

NO	RENCANA PENGADAHAN	TITULASI	DAFTAR
1	RENCANA PENGADAHAN	RENCANA PENGADAHAN	RENCANA PENGADAHAN
2	RENCANA PENGADAHAN	RENCANA PENGADAHAN	RENCANA PENGADAHAN

73 - ENDEREÇO BANCÁRIO: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR, TUTOR)

☐ **CONTA POUÇANÇA** (Deposito para as suas poupanças. Aproveite o Juro aplicado)

☐ Tradisco (237) ☐ Rai (345) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (334)

AGÊNCIA: 2725 4 CONTA: 0001342 7

[illegible]

Wszystkie dane należy wpisywać w języku polskim, w formie drukowanej, w sposób czytelny, nie używając kółek i kresek. Wypełniając formularz, należy pamiętać o następujących zasadach:

33 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOLENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou empregando/endo de apresentar o aluno do Instituto de Ensino Superior (IES) para os fins dos requerimentos de inscrição no Exame SP/2017 (Lei nº 1.254/74), sob as seguintes condições:

- ☐ Não há área anexa à região do acidente ou da minha residência, ou
- ☐ Há, que anexa a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou
- ☐ Há, que anexa a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido

Subjeto à programação de análise no meio físico de fiscalização do Seguro DPVAT, por meio eletrônico, com base na documentação básica existente e em a apreensão de dados do INIL, desenvolvida, desde já, em um sistema de análise online, para possibilitar, ao usuário da Seguradora, obter a verificação da existência e quantificação das lesões perentórias documentais de acidente de trânsito causados por veículo de propriedade residente no Estado da Bahia, sob o nº 1.594.774.

Declaro que esta autodeclaração não significa qualquer concordância com a futura avaliação interna ou externa do trabalho de compilar e avaliar materiais, com exceção do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTO

23. Exatidão ☐ Simples ☐ Casado (ou Div.) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

26. Você já deu ou pretende dar algum tipo de contribuição financeira para a campanha?	☐ Sim ☐ Não	27. Se a resposta anterior for afirmativa, qual o valor aproximado?
--	---	---

[illegible]

25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	48
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

Importante: Se você é Segurado por Super, não deixe a Previdência do Segurado por Super ficar sem o pagamento das contribuições, pois isso poderá gerar a suspensão do benefício. Se você não quiser pagar as contribuições, não deixe de pagar as contribuições do Segurado por Super, pois isso poderá gerar a suspensão do benefício. Se você não quiser pagar as contribuições, não deixe de pagar as contribuições do Segurado por Super, pois isso poderá gerar a suspensão do benefício.

48-17-10-0000

85. Motiva decizia de acordare actului de posesie (la rugă)

CPI _____

39-24 (Norma)

On _____

82 - *Revista de la Universidad de Chile* - 1998

1942

Stomach contents: 100% of 1st stomach empty.

(11) Assicurata da intima/berufsbefugte (Belehrter)

Università del Piemonte Orientale (a.a. 2009/2010)

Digitalizando com CamScanner

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 042ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPOJUCA - DP42ªCIRC
DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **20E0132000690**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/06/2020** às **10:23**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **19/3/2020** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA OLIMPIO LUIZ SOARES, 1, PRACA PEDRO SERAFIM DE SOUZA** - Bairro: - **IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **1**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
IRACIANE MARIA SILVA AMORIM BERNARDO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

IRACIANE MARIA SILVA AMORIM BERNARDO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DA PAZ DA SILVA Pai: AMARO PEREIRA DE AMORIM Data de Nascimento: 14/7/1979 Naturalidade: IPOJUCA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5222237/SDS/PE (RG), 02415709450 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3ª, GRAU INCOMPLETO Profissão: AGENTE ADMINISTRATIVO Telefones Celulares: -989239828

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CAMELA, , PROXIMO A PRACA PEDRO SERAFIM DE SOUZA - CEP: - Bairro: - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NAO INFORMADO/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1,000 (UNIDADE NAO INFORMADA)**

Placa: **1 (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO)** Renavam: **1** Chassi: **1**



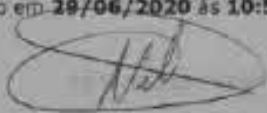
Complemento / Observação

INFORMA A SR. IRACIANE QUE PEGOU O ÔNIBUS DA EMPRESA VERA CRUZ, NO COSTA DOURADA, E QUANDO CHEGOU, NA PRAÇA PEDRO SERAFIM DE SOUZA, PEDIU PARADA E QUANDO O VEICULO PAROU ANTES QUE ELA TIVESSE COMPLETADO A DECIDA O MOTORISTA DEU PARTIDA NO VEICULO. VINDO A SE LESIONAR, FRATURA EXPOSTA, NO TORNOZELO DIREITO SENDO SOCORRIDA PELA POPULAÇÃO ATÉ A UPA DE CAMELA.

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

Iraciane Maria Silva Amorim Bernardo
(IRACIANE MARIA SILVA AMORIM BERNARDO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **Nilson Gomes da Silva** - Matrícula: **3998118**
(Liberado em **29/06/2020 às 10:50**)



GERAR BOLETIM



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

BANCO: 237

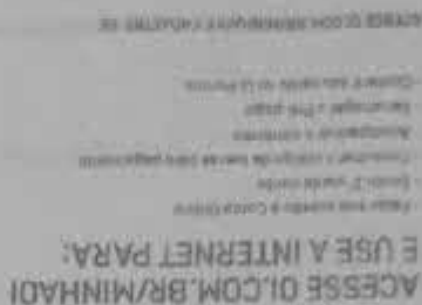
AGÊNCIA: 00785-4

CONTA: 000000111342-9

Nr. Autenticação

BRADESCO0308202005000000000023700785000000111342168750 PAGO





NA MINHA OI
É TUDO MAIS FÁCIL.

[illegible]

☐ 01. MÚD0U-SE	☐ 07. AUSENTE
☐ 02. EMPREGO INSUFICIENTE	☐ 08. MÃO PAGAMENTO
☐ 03. NÃO EXISTE H. INDICADO	☐ 09. M. DEBETO PAGAMENTO
☐ 04. FALTANDO	☐ 10. FUND. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE
☐ 05. DESCONHECIDO	☐ 11. FALTA COMPLEMENTO ICOTETU/MOU
☐ 06. REQUERIDO	☐ 12. CAIXA POSTAL CANCELADA

INSCRIÇÃO Nº _____

DATA DE INSCRIÇÃO _____

LOCAL DE INSCRIÇÃO _____

DEVELOÇÃO ELETRÔNICA - CEDO - RUA DO LAVRADIO, 71 - CENTRO - RIO DE JANEIRO/RJ - 20220-070.

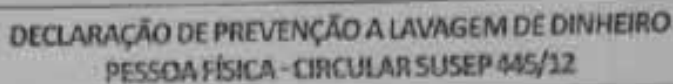
Digitalizado com CamScanner





Digitalizado com CamScanner





Central de Atendimento para empresas sobre indenizações e seguros, de segunda a sexta-feira, das 9h às 17h
Capitais e grandes metrópoles: 4007-1596 / Outras regiões: 0800 022 82 04

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O prechikunato deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de imóveis, conforme estabelecido a Circular número 447/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.scripps.gov/HTML/INDEX.HTM#DISCOVERING/NAJ_ASP/771FO+SB/CD/010+2003

A Circular SUSEF nº 446/14, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a emitir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda anual, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Identificação do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Companhia, esse recusa é passível de comunicação ao COAT.¹

⁷ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGURANÇA PRIVADA – SUPER, ÓRGÃO RESPONSÁVEL Pelo CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DO MERCADO DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA AUTUA, CAPITALIZAÇÃO E RESERVAÇÃO. ⁸ CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE FISCALIZAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS DECLARAÇÕES SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.132/96.

inscrito (a) no CPF/CNPJ 056.759.494/57 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Inscrição nº 9 de Aracaju Inscrição (a) no CPF sob o nº 024.752.994-59

de sinistra de OPPIAT colțitura tracelida de Vitima Tracelida mare 3 de mare

Assente (a) no CPE sob o nº 024737994,57, conforme determinação da Circular Supra nº 445/12

Declaro Profissão _____ Renda: _____ e aprovação do documento comprovacionais.

 Elsevier Information

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Unider-OPVAG, residir no endereço acima, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 298 do Código Penal.

Endereço: Rua Engenho azul 200		Número: 169	Complemento: casa 2
Bairro: Imbuena	Cidade: RJ	Estado: RJ	CEP: 21570-030
E-mail:		Tel. (DDD): 22997442330	

Local # Data: Rock 24-07-622

Chomus Poliquera

Assinatura do Declarante

DOI: 10.1002/for

Digitalizado com CamScanner





SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
FICHA DE ATENDIMENTO

ADESIVO

PR REGISTRO 33. 087	DATA E HORA DO NASCIMENTO 14.07.79	EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL
PACIENTE Inaciane Maria Silva de Amorim	NASCIMENTO 14.07.79	IDADE 41 AN SEXO F COR:
ESTADO-CIVIL	PROFISSÃO	NATURALIDADE NACIONALIDADE B
IDENTIDADE	PAI Mãe: Maria da Paz da Silva	COMPLEMENTO
2	Praca Pedro Senalim	
CARTEIRA Camela	CIDADE Ipojuca	UF: PE TELEFONE
ORIENTAÇÃO		
PROPRIETÁRIO		MEIO DE TRANSPORTE
CONSULTA DE ENFERMAGEM DATA 19-03-2020 HORA 12:05	ENFERMEIRO	COREN:
SITUAÇÃO QUEIXA:		
ANTECEDENTES: DIABETES ☐ HIPERTENSÃO ☐ CARDIOPATIAS ☐ DOENÇA NEUROLÓGICA ☐ TABAGISMO ☐ CALCULOS BILIARES ☐ PNEUMOPATIAS ☐ HEPATOPATIAS ☐ DOENÇA MENTAL ☐ OUTROS:		
MEDICINAÇÃO EM USO:		
CA ☐ K ☐ mmHg ☐ mmHg ☐ bpm ☐ bpm ☐ bpm ☐ bpm ☐ bpm ☐ bpm		
TESTE DE VISTA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
DEFICIÊNCIA MOTORA	DEFICIÊNCIA MOTORA	DEFICIÊNCIA MOTORA
MSD ☐ MD ☐ MSE ☐ ME ☐		
PUPILAS		
ISOCÓRICAS ☐ ANISOCÓRICAS ☐		
DO ☐ SIM ☐ NÃO ☐	SUDORESE ☐ SIM ☐ NÃO ☐	PALEDEZ ☐ SIM ☐ NÃO ☐
EXAME FÍSICO:		
forç. conj. torç. glo. D L + 10 minutos por torç. do pé D ou desc. de bairros		
CONSULTA DE ENFERMAGEM		

Digitalizado com CamScanner



ATENDIMENTO MÉDICO

Medida do Tórax:	☐ Sim ☐ Não	Quanto tempo: Dia: ☐ Noite ☐ Manhã	Assistência de Urgência: ☐ Sim ☐ Não
Plano de Conduta:	☐ Sim ☐ Não	Tipo:	Assistência: ☐ Sim ☐ Não
Admissão:	☐ Sim ☐ Não	Tipo:	Assistência: ☐ Sim ☐ Não
Recuperação:	☐ Sim ☐ Não	Local de internação:	Assistência: ☐ Sim ☐ Não
Urgência de Exame:	☐ Sim ☐ Não	Tipo:	Assistência: ☐ Sim ☐ Não
Quem está:	☐ Sim ☐ Não	Por:	Tipo:
Capacidade de mobilização:	☐ Sim ☐ Não	Por:	Tipo:

Exame físico: *As Exame: Coração (+r)*

EXAMES SOLICITADOS LABORATORIAIS

As Exame: → fratura completa do 1/3 distal de fêmur

DIAGNÓSTICO

EXAMES ESPECIALIDADES:	☐ TOMOGRAFIA	☐ RESONÂNCIA MAGNÉTICA	☐ ANGIOGRAFIA
	☐ ENDOSCOPIA	☐ RX	☐ ULTRASSONOGRAFIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA:	DATA: <i>10/09/2021</i>	HORA: <i>10h</i>	<i>Assinado</i>
	<i>Transtorno</i>	<i>10/09/2021</i>	<i>Assinado</i>

INDICAÇÃO CIRÚRGICA:	☐ SIM ☐ NÃO	CLASSIFICAÇÃO RESERVA:	☐ SIM ☐ NÃO
DEFINIÇÃO DO CASO:			
INTERVALO:	☐ CIRURGIA ☐ OUTRO	TERMO DE ALTA PEDIDO:	☐ EVOLUÇÃO
TRANSFERIDO PARA:			
INTERNO NA CLÍNICA:			
INFORMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL:			
CONFIRMAÇÃO DO NOME:			
CONFIRMAÇÃO DO ENDEREÇO:			
PROVINCÍAS ALTA:	☐ TRANSFERÊNCIA ☐ EXAME EXTERNO ☐		
DESATIVACÕES:			

AUTORIZAÇÃO PARA ALTA/INTERVALO/TRANSFERÊNCIA:			
ENFERMEIRA:	CÓDIGO:	MÉDICO:	DATA:
TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA INTERVALO:			
Assino desde das normas vigentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de procedimentos cirúrgicos, inclusive minitratamentos e com exclusões e/ou complementos e/ou transferências para outros locais.			
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO:			
Assino desde das normas vigentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de procedimentos cirúrgicos, inclusive minitratamentos e com exclusões e/ou complementos e/ou transferências para outros locais.			
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:





Armindo Moura
PROFESSOR DE CLÍNICA

Nome: IRACEANE MARIA SILVA DE AMORIM BERNARDO (1629662)

Admissão: 341699

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

LAUDO MÉDICO

Declaro para fins de prova que o paciente, IRACEANE MARIA SILVA DE AMORIM BERNARDO é portador do diagnóstico:

CID: S82.6; S82.5

Permaneceu internado do dia 21/03/2020 a 25/03/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 24/03/2020.

Sugiro mantê-lo afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial

Moreno, 24/03/2020.

RETORNO: 20/04 /2020

LOCAL: HOSPITAL ARMINDO MOURA, AS 07:00HS

MÉDICO: ISAIAS FERNANDES

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/03/2020 as 17:57

Isaias Fernandes
Isaias Fernandes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 65552
16.03.2020

Dr. (a) ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

CRM:

Digitalizado com CamScanner



HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 18/06/2020 15:10

Atendimento: 341888 Entrada: 21/03/2020 Hora: 16:18
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: RENATA HIRSCHLE GALINDO

Saída: 25/03/2020 Hora: 21:59
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 704205701365285

Paciente: 1629058 IRACEANE MARIA SILVA DE AMORIM BERNARDO Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Nascimento: 14/07/1979 (40 Anos e 11 Meses) Estado Civil: SOLTEIRO
Endereço: PRACA PEDRO SERAFIM CAMELA C.P.F.:
Bairro: NOSSA SENHORA DO O - C.E.P.: 55580-870 Identidade: 522237 - SDS - PE
Cidade: 2607208 IPOJUCA Telefone: 7 989239821
Pai: AMARO PEREIRA DE AMORIM G. Instrução:
Mãe: MARIA D PAZ DA SILVA Ocupação: AUX ADMINISTRATIVO
Nacionalidade: BRASIL Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 21/03/2020 - 16:29

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATA HIRSCHLE GALINDO CRM 19749)

Queixa do paciente:

TRANSFERIDA DO HDH PARA TRATAMENTO CIRURGICO

HAS

NEGA ALERGIAS E OUTRAS COMORBIDADES

TRAUMA: 19/03/2020 RELATA QUEDA DE ONIBUS

Exame físico:

EDEMA MODERADO TNZ DIREITO

BOA PERFUSAO DISTAL

PELE integra

RX TNZ D - FRATURA MALEOLO LATERAL E MEDIAL

Hipótese diagnóstica:

FRATURA TORNOZELO DIREITO

Prescrição/Conduta:

Horário/Checkagem

01 -	INTERNAMENTO	
02 -	PRE-OP	
03 -	TALA BOTA	
04 -	P CARDIO	

Reavaliação:

Hospital Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3838-2018
Av. Clete Campos, 811 - Maracá

Página 1 de 1

Digitalizado com CamScanner



HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 18/06/2020 15:10

Atendimento: 341699 Entrada: 21/03/2020 Hora: 16:18
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico-Resp: RENATA HIRSCHLE GALINDO

Saída: 25/03/2020 Hora: 21:50
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 704205701385285

Paciente: 1629058 IRACEANE MARIA SILVA DE AMORIM BERNARDO Sexo: FEMININO Cor: PARDAS
Nascimento: 14/07/1979 (40 Anos e 11 Meses) Estado Civil: SOLTEIRO
Endereço: PRACA PEDRO BERAÍM CAMELA C.P.F.:
Bairro: NOSSA SENHORA DO O C.E.P.: 55590-970 Identidade: 622237 - SOS - PE
Cidade: 2607208 IPOJUCA Telefone: / 989239621
Pai: AMARO PEREIRA DE AMORIM G. Instrução:
Mãe: MARIA O PAZ DA SILVA Ocupação: AUX ADMINISTRATIVO
Nacionalidade: BRASIL Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 25/03/2020 - 08:34

AValiação (Dr. RENATA HIRSCHLE GALINDO CRM 19748)

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM: HDH
DATA DA ADMISSÃO: 21/03/2020
DATA DA ALTA: 25/03/2020

HD: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO

Paciente evoluindo bem no pós-operatório, sem queixas algicas.

Ao exame:

EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4);
FO sem sinais flogísticos.

CD:1) Alta Hospitalar + Orientações.

Em: 24/03/2020 - 17:53

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19352)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Ata Memória
SANE
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (61) 3535-2013
Av. Cléto Campelo, S/N - Mafra - PE

Página 1 de 2

Digitalizado com CamScanner



Cirurgião: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES - CRM: 19952

Aux 1: HERMES WAGNER

Anestesiista: ELIVELTON

Instrumentador: EDER / ALDAIR

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO

Cirurgia Realizada

1. OSTEOSINTESE DE FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO

2. REPARO LIGAMENTAR AGUDO DO TORNOZELO

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MEMBRO INFERIOR

ASSEPISIA E ANTI-SEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO LONGITUDINAL EM REGIÃO LATERAL DE TORNOZELO COM ABERTURA POR PLANOS E HESMOSTASIA

IDENTIFICAÇÃO DE FOCO FRATURÁRIO COM LIMPEZA E RETIRA DE TECIDO DE INTERPOSIÇÃO

REDUÇÃO DE FRATURA, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL, MEDIANTE 01 (UMA) PLACA TERÇO TUBULAR 05 FUROS, DE NEUTRALIZAÇÃO, 04 PARAFUSOS CORTICAIS

INCISÃO LONGITUDINAL EM REGIÃO MEDIAL DE TORNOZELO COM ABERTURA POR PLANOS E HESMOSTASIA

REDUÇÃO DE FRATURA, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL, COM 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS

LAVAGEM COM SF 0,9%

SÍNTESE POR PLANOS COM NYLON

USADA FLUOROSCOPIA

CURATIVO OCLUSIVO TIPO JONES

SOLTURA DO GARROTE

Materiais Prosmed

PLACA TERÇO TUBULAR - 01 UNIDADE

PARAFUSO CORTICAL - 04 UNIDADES

PARAFUSO ESPONJOSO - 02 UNIDADES

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Cidade: Campina, S/N- Moreno-PE

Página 2 de 2

Digitalizado com CamScanner





IPACEADE M^a Silva DE Anusinde BOURBONDO

sol

40 centos de fraturas

H₂ lesões de traq. corpo Fract
do punho

03/04/2020

Dr. Pedro Marques
Traumatologia-Ortopedia
CRM 8594





FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

NOME: Iraciane Maria de Amorim Bernardo

IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO 14/07/19 SEXO: F

PROFISSÃO: Autônoma ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: Rua Pedro Seraphim de Souza 34

BAIRRO: Ruropolis TELEFONE: 989239821

CIDADE: Carnaubá UF: PE

NOME DO MÉDICO: Pedro Marques

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Pos op. F. perna (A)
distal

HISTÓRIA CLÍNICA
Paciente relata ter sofrido acidente
dia 21/03/20

OP: Dor, edema, t.A.M., alteração da
sensibilidade

TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO:

- alongamentos
- Mobilizações
- eletroterapia
- Terapia Manual
- drenagem linfática

Declaro para os devidos fins que as respostas prestadas por mim nesta ficha são expressamente verdadeiras e estou ciente de todo procedimento a ser realizado.

Local: Recife Data: 06/04/20

Iraciane Maria Silva de Amorim Bernardo
Assinatura do Cliente

Gelsy Gadelha
Fisioterapeuta
CREFITO - 234935

Gelsy Gadelha

Fisioterapeuta Crefito 234935



FICHA DE FREQUÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA

Paciente: Graciane Navea de Amorim Bernardo

DATA	ASSINATURA
06/04/20	Gelsy
07/04/20	Gelsy
08/04/20	Gelsy
09/04/20	Gelsy
13/04/20	Gelsy
14/04/20	Gelsy
15/04/20	Gelsy
16/04/20	Gelsy
17/04/20	Gelsy
20/04/20	Gelsy
22/04/20	Gelsy
23/04/20	Gelsy
24/04/20	Gelsy
27/04/20	Gelsy
28/04/20	Gelsy
29/04/20	Gelsy
30/04/20	Gelsy
04/05/20	Gelsy
05/05/20	Gelsy
06/05/20	Gelsy
07/05/20	Gelsy
08/05/20	Gelsy
11/05/20	Gelsy
12/05/20	Gelsy
13/05/20	Gelsy
14/05/20	Gelsy
15/05/20	Gelsy
18/05/20	Gelsy
19/05/20	Gelsy
20/05/20	Gelsy
21/05/20	Gelsy
22/05/20	Gelsy
25/05/20	Gelsy
26/05/20	Gelsy
27/05/20	Gelsy
28/05/20	Gelsy
29/05/20	Gelsy
01/06/20	Gelsy
02/06/20	Gelsy
03/06/20	Gelsy

Gelsy Gadelha
Fisioterapeuta
CREFITO 1204938-7

Gelsy Gadelha
Fisioterapeuta Crefito 234938-7





Digitalizado com CamScanner





Digitalizado com CamScanner





Digitalizado com CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
NOTA DE IDENTIFICAÇÃO

CLAYTON ARCELLON DE OLIVEIRA PEQUENO

DOC. IDENTIFIC. / Cód. Emisso. / UF
6016605 HDS PE

CPF
055.159.696-37

DATA NASCIMENTO
14/05/1984

PLACAO
HILTON HENRIQUE PEQUENO
O
MARIA SONIA DE OLIVEIRA
A

PERMISO
00000000000000000000000000000000

AGE
00000000

CRY NAS
23

Nº REGISTRO
04007627203

VALIDADE
17/04/2020

EXPIRAÇÃO
27/12/2006

ASSINATURAS

Clayton Arcellon de Oliveira Pequeno

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
15/12/2017

Assinatura do Emissor
Carlos Alexandre Sousa Soares
Delegado Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR
00044455463
PE002847317

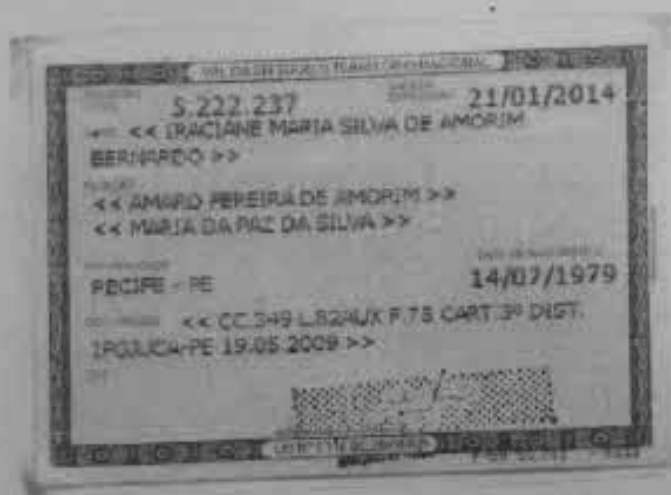
PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1559888220

PROIBIDO PLASTIFICAR
1559888220

Digitalizado com CamScanner





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria do Fisco Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: **TRACIANE MARTA SILVA DE ANDREIM**

Ins. do Contribuinte: **024187994-59**

18/02/2011

Este documento é necessário à inscrição no Cadastro de
Pessoas Físicas - CPF, validade e validade por documento, sendo
muito comum provido na inscrição vigente.

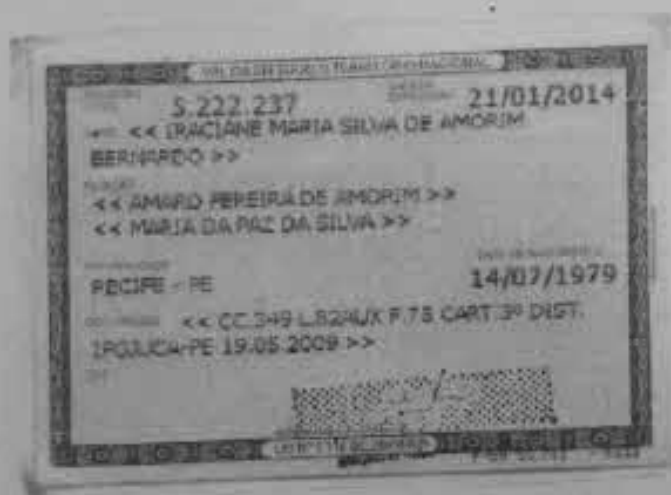
Assinatura: **Traciane Marta Silva de Andreim**

TRACIANE MARTA SILVA DE ANDREIM

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitted em: 20/02/11





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria do Fisco Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: **IRACLIANE MARTA SILVA DE ANDREIM**

Nº de Inscrição: **024187994-59**

Data de Emissão: **18/02/98**



Este documento é necessário para a inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF, validade e validade por documento, sendo que a validade é prevista na legislação vigente.

Assinatura: **IRACLIANE MARTA SILVA DE ANDREIM**

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: **20/02/98**



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200264368 Cidade: Ipojuca Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM Data do acidente: 19/03/2020 Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TIBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P2,5,7,11,12)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 MODERADA DO TORNOZELO 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0207884/20

Vítima: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

CPF: 024.157.994-59

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/03/2020

Titular do CPF: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO : 056.159.494-57

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM : 024.157.994-59

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: 24/07/2020
Nome: CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO
CPF: 056.159.494-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO

Marta Marinho dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200264368 Cidade: Ipojuca Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM Data do acidente: 19/03/2020 Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TIBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P2,5,7,11,12)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 MODERADA DO TORNOZELO 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Instrumento Procuratório

Através deste instrumento procuratório se faz Outorgante Sr(a):
Joacine Trava Silva de Amorim,
cujo RG: 5.322.287, expedido pelo órgão emissor: SEF/PE, em
21/01/2014 cujo CPF: 024.157.404 e residente no
endereço: Praça Pedro Sarrafim de Sá

Nº 32 Bairro: Camela cidade: Ipojuca
UF: PE CEP: 55590-000

Atribuindo poderes ao outorgado Srº Cleomenes Ancillon de Oliveira
Pequeno, cujo RG: 6018605, expedido pelo órgão emissor: SDS-PE, em
09/07/2004, cujo CPF: 056.159.494-57, e residente no endereço: Rua
Engenho Água Doce, Nº 168 A, Bairro: Imbiribeira, Cidade: Recife – UF:
PE, CEP: 51150-030.

Dos poderes: O presente documento outorga poderes para o fim especial de
representar o outorgante em sua presença ou mesmo em sua ausência nas
questões pertinentes a informações, atos administrativos e/ou judiciais que
se fizerem necessários na movimentação e conclusão de processos novos e
complementares do Seguro Obrigatório – DPVAT, bem como substabelecer
a presente com ou sem reserva de poderes, se assim lhe convier, dando tudo
por bom, firme e valioso.

Data do acidente: 19.03.2020

Tipo de cobertura: Inclusão/Varia

Ipojuca, 12 de junho de 2020

Joacine Trava Silva de Amorim

Assinatura reconhecida em cartório por autenticidade



